
HOITOTYÖN RAPORTOINTIMALLIN KEHITTÄMINEN JA HOITOTYÖNTEKIJÖIDEN KOKEMUKSIA RAPORTOINTI KÄYTÄNNÖN MUUTOKSESTA

Opinnäytetyö

Hanna Kuutsa

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Koulutusala Sosiaali- terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Sosiaali- ja hoitotyön kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Hanna Kuutsa	
Työn nimi HOITOTYÖN RAPORTOINTIMALLIN KEHITTÄMINEN JA HOITOTYÖNTEKIJÖIDEN KOKEMUKSIA RAPORTOINTI KÄYTÄNNÖN MUUTOKSESTA	
Päiväys 8.12..2010	Sivumäärä/Liitteet 48/5
Ohjaaja(t) Annikki Jauhiainen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion yliopistollinen sairaala, syöpätautien vuodeosasto	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tässä opinnäytetyössä käsitellään hoitotyön raportointikäytännön muutosta, suullisesta raportoinnista siirtymistä hiljaiseen raportointimalliin. Tarkoituksena oli selvittää hoitotyön raportoinnin ja kirjaamisen kokemuksia ja mahdollisuutta siirtyä suullisesta raportointimallista hiljaiseen tiedonsiirtoon. Opinnäytetyöni oli toimintatutkimus, jossa tavoitteena oli saada osastolle toimiva raportointimalli, joka auttaa potilasta saamaan yksilöllisempää hoitoa ja taloudellista hyötyä ajankäyttöä priorisoimalla. Opinnäytetyössä selvitettiin myös muutosjohtamista, tutkijan omia kokemuksia muutosprosessin vaiheista ja kokemusta ja ideoita seuraavien muutosten läpiviennin onnistumiselle. Tutkimustulosten mukaan hoitajien kirjaamiseen käyttämä aika lisääntyi, suullinen raportointi oli vähentynyt, muttei ollut poistunut kokonaan. Sairaanhoitajilla aikaa oli tullut enemmän välittömään hoitotyöhön, kun taas perushoitajien ajankäyttö välittömässä hoitotyössä ei ollut juurikaan muuttunut. Hiljaiseen raportointiin ja sähköiseen kirjaamiseen siirtyminen kohtasi muutosvastarintaa. Kirjaaminen koettiin myös vajavaiseksi. Hiljainen raportointi ei vakiintunut käytänteeksi. Hoitajat kokivat, että hiljaista raportointia voidaan kehittää ja hiljainen raportointi olisi käyttökelpoinen, jos kirjaamisen laatu olisi parempi.</p> <p>Tutkimustuloksista nousee monia jatkotutkimusaiheita. Tärkeintä olisi tutkia tarkemmin hoitajien näkemyksiä rakenteista kirjaamisesta, jotta suomalaisen hoitotyön luokituksia voitaisiin edelleen kehittää. Mielenkiintoista olisi myös tulevaisuudessa tutkia, miten hiljainen raportointi, sähköinen ja rakenteinen kirjaaminen on kehittynyt Kuopion yliopistollisen sairaalan syöpätautien vuodeosastolla.</p>	
Avainsanat sähköinen hoitotyön kirjaaminen, hiljainen raportointi, muutosjohtaminen	
-	

Field of Study Social Services, Health and sports			
Degree Programme Social Services and Health Care			
Author(s) Hanna Kuutsa			
Title of Thesis Developing the reporting model in nursing and the nurses' experiences regarding the alteration in reporting policies			
Date	8.12.2010	Pages/Appendices	48/5
Supervisor(s) Annikki Jauhiainen			
Project/Partners Cancer ward at the University Hospital of Kuopio			
<p>Abstract</p> <p>The thesis deals with the changes in reporting policies for nursing. The focus is on shifting from spoken reporting to the silent reporting model. The meaning was to explore the experiences in reporting and documentation for nursing, and the possibility of shifting from an oral reporting model to a silent data transmission. The thesis was conducted as an activity analysis, in which the aim was to gain a functional reporting model for the department. The functional reporting model will allow the patient to receive more individual treatment as well as being cost-effective at the same time by prioritizing time usage. In addition, the thesis examined the management of change. This portion included the researcher's own experiences during the change period as well as knowledge and ideas on how new changes can be pursued successfully.</p> <p>According to the results, the time spent on documentation has increased among the nurses, and the oral reporting has reduced, however not diminished. Currently the registered nurses have more time for immediate nursing, while time usage among the practical nurses did not have a remarkable change. The transmission towards a silent reporting and an electronic documentation filing system met resistance. Additionally, the documentation was seen as insufficient. The silent reporting model was not established permanently. According to the experiences of the nurses, the silent reporting model could be developed. The system would be useful if the documentation quality would be better.</p> <p>The research outcome introduces many new follow-up studies. The nurses' visions of the structural documentation should be taken into a closer examination. This would allow the classification of the Finnish nursing system to be more developed. Furthermore, it would be interesting to examine how silent reporting as well as electronic and structural documentation has developed in the cancer ward at the University Hospital of Kuopio.</p>			
Keywords			
Electronic Documentation, silent reporting model, management of Change			
-			

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO	7
2 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN JA LAINSÄÄDÄNTÖ	9
2.1 Hoitotyön kirjaaminen	9
2.2 Sähköinen kirjaaminen	10
2.3 Kirjaamista koskeva lainsäädäntö	11
2.4 Potilaan oikeuksia ja asemaa koskeva lainsäädäntö	12
2.5 Hoitotyön jatkuvuus	13
3 HOITOTYÖN RAPORTOINTI.....	14
3.1 Suullinen raportointi.....	14
3.2 Hiljainen raportointi.....	15
4 MUUTOKSEN HALLINTA.....	17
4.1 Muutos	17
4.2 Muutoksen johtaminen	17
4.4 Muutosvastarinta	19
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	21
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	23
6.1 Tutkimusmenetelmä	23
6.2 Tutkimukseen osallistujat ja aineistonkeruu	26
6.3 Aineiston analysointi.....	27
7 TUTKIMUSTULOKSET	29
7.1 Tutkimustulosten taustatiedot.....	29
7.2 Raportointikäytännön muutos hoitajien työajan käytössä.....	31
7.3 Muutokset kirjaamiseen käytetyssä ajassa	32
7.4 Muutokset muuhun työhön käytetyssä ajassa.....	33
7.5 Potilaskertomuksen kirjaamisen laatu	35
7.6 Muutoksen onnistuminen	37
8 POHDINTA	39
8.1 Tutkimustulosten tarkastelua.....	39
8.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	42
LÄHTEET	45

LIITTEET

Liite 1. Lomake ajankäytön mittaamisesta

Liite 2. Potilaan hoitotyön kirjaamisen laadun kysely

Liite 3. Muutoksen onnistumisen kysely

1 JOHDANTO

Tässä opinnäytetyössä käsitellään raportointikäytännön muutosta, suullisesta hoitotyön raportoinnista siirtymistä hiljaiseen raportointimalliin ja kirjaamisen merkitystä hoitotyön jatkuvuudelle Kuopion yliopistollisen sairaalan syöpätautien vuodeosastolla. Hyvän hoidon, potilaan turvallisuuden ja henkilökunnan oikeusturvan takaamiseksi potilastietojen tulee olla virheettömiä. (Saranto & Ikonen 2007, 189.) Toimintatutkimus toteutetaan kyselyillä ja ajankäytön mittaamisella eri työtehtävissä osastolla.

Kirjallinen raportointimalli on ajankohtainen, kuitenkin siitä on tehty tutkimuksia melko vähän. Potilastietojen kirjaaminen on todettu osittain puutteelliseksi. Hoitotyön kirjaamisen kehittämisellä on kuitenkin mahdollista päästä suullisten raportointi käytäntöjen vähentymiseen. (Hallila 2005, 125) Puumalainen, Långstedt ja Eriksson (2003) ovat tutkineet suullisesta raportoinnista siirtymistä kirjalliseen raportointitapaan HUS:in Meilahden sairaalan sisätautien klinikassa. Tässä tutkimuksessa selvitettiin muun muassa ajankäytön muutoksia. Tulosten mukaan esimerkiksi suoraan potilastyöhön käytetty aika lisääntyi 72 %. Strople ja Ottani (2006, 197- 204) tutkivat Englannissa eri raportointimuotoja hoitotyössä ja potilastiedonkeruumenetelmiä. Tässä tutkimuksessa kävi ilmi, että sähköisiä hoitokertomuksia täytyisi osata enemmän hyödyntää raportointimalleja suunnitellessa. Tutkimuksessa havaittiin myös, että ajankäytön suhteen ylityöt vähenivät, kirjaamisen laatu parantui ja potilashoito kokonaisuudessaan tuli laadukkaammaksi. (Strople & Ottani 2006, 197-204.)

Kuopion yliopistollisen sairaalan vuodeosastolla on tärkeää, että tieto potilaan voinnista ja hoidosta on ajan tasalla ja välittyy tehokkaasti ja turvallisesti työntekijältä toiselle, koska toiminta osastolla on ympärivuorokautista ja hoitajat työskentelevät kolmessa vuorossa. Oikean ja ajan tasalla olevan tiedon välittäminen turvaa potilaan hoidon jatkuvuuden ja varmistaa potilasturvallisuuden. Näin hoitajat pystyvät oikean ja ajan tasalla olevan tiedon avulla järjestämään potilaan hoidon tehokkaasti ja suunnitellusti kussakin työvuorossa. Vuorojen vaihtuessa tieto välitetään suullisesti työvuorojen vaihtuessa hoitajalta toiselle. Raportin pitäminen suullisesti työvuorojen vaihtuessa on perinteinen tapa myös syöpätautien vuodeosastolla. Apuna siinä käytetään potilaan sähköisen tai kirjallisen sairauskertomuksen tietoja. Osastollamme on käytössä sähköinen potilastietojärjestelmä Miranda, joka on ollut käytössä jo useita vuosia. Se on tuttu henkilöstölle ja sitä osataan käyttää ja hyödyntää. Osastollamme otettiin käyttöön hoitotyön systemaattinen kirjaaminen 1.6.2010,

FinCC-luokitukseen pohjautuen. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen tarkoittaa potilaan hoidon kuvaamista sähköisessä potilaskertomuksessa hoidollisen päätöksenteon vaiheiden mukaisesti. Kirjaaminen koostuu rakenteisista ydintiedoista, termistöistä sekä niitä täydentävistä kertovista teksteistä. (Hopia & Koponen 2007, 30.)

Hoitajien raportointitilanteisiin kuuluu vuorokaudessa aikaa useita tunteja. Raportointitilanteessa käydään kattavasti läpi potilaiden asioita sähköistä potilastietojärjestelmää hyödyntäen. Vastuu raportin sisällöstä ja siitä, että kaikki asiat tulee kerrottua seuraavan vuoron hoitajalle, on pääasiassa raportin pitäjällä.

Raportointi tilanteessa ei voi ottaa huomioon työvuoroon tulevien erilaista tietämystä potilaista kuten sitä, että toinen hoitaja voi olla ollut töissä edellisenä päivänä ja toinen palaa töihin kahden viikon lomalta. Raportin tarve on erilainen, mutta raportti täytyy pitää lomalta tulevan hoitajan tarpeista lähtien.

Raportointikäytännön muutos tuli osastolla esille Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin hoitotyön strategian vuosille 2009-2012 tavoitteiden pohjalta, joissa mainitaan, että organisaatiossa tulisi pohtia uusia, innovatiivisia toimintatapoja potilaan hoidon jatkuvuuden ja hoidon laadun parantamiseksi. Osaston apulaisosastonhoitajana ehdotin, että haluaisin osastollamme viedä eteenpäin vanhasta raportointimallista siirtymistä niin sanottuun hiljaiseen raportointimalliin eli kirjalliseen tiedon siirtoon. Tutkimusta pidän tärkeänä, koska uskon, että hiljaisen raportointitavan käyttöönotto lisäisi potilaiden hoidon laatua ja itse potilastyöhön käytetty aika lisääntyisi. Hoitotyön kirjaamisen uskon monipuolistuvan ja potilaiden hoito tulisi yksilöllisemmäksi hiljaisen raportointikäytännön myötä. Hiljaisen raportoinnin uskon vähentävän hoitajien ylitöitä ja samalla se auttaisi taloudellisen työotteen löytämistä.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää raportoinnin ja kirjaamisen kokemuksia ja mahdollisuutta siirtyä suullisesta raportoinnista kirjalliseen tiedonsiirtoon. Toimintatutkimuksen tavoitteena oli pilotoida osastolle hiljainen raportointimalli, joka auttaa potilasta saamaan yksilöllistä hoitoa ja saamaan aikaan taloudellista hyötyä ajankäyttöä priorisoimalla. Tutkimuksessa selvitetään myös muutosjohtamista, koska tutkimus on toimintatutkimus ja esimieheltä tutkimuksen läpivieminen vaatii tietoa ja osaamista muutoksen läpiviemisestä. Tutkimuksen avulla pystyn käymään läpi omia sekä henkilökunnan kokemuksia muutoksen läpiviemisestä ja saamaan kokemusta ja ideoita seuraavien muutosten läpiviennin onnistumiselle.

2 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN JA LAINSÄÄDÄNTÖ

2.1 Hoitotyön kirjaaminen

Hoitotyön kirjaaminen lisää potilasturvallisuutta ja hoidon jatkuvuutta. Se on myös hoitotyön laadunvarmistuksen, kehittämisen ja arvioinnin välttämätön edellytys. (Virtanen 1995, 12.) Hyvä hoitotyön kirjaaminen liittyy oleellisesti potilaan laadukkaaseen kokonaishoitoon. Tärkeintä kirjaamisessa on sen loogisuus, selkeys sekä potilaan hoidon etenemisen kannalta oleellisten asioiden esiintuominen ja hoidon vaikuttavuuden seuranta. (Lauri & Lehti 1996, 30.)

Hoitotyön kirjaaminen on potilaan hoitoprosessin eri vaiheiden kirjaamista hoitajakson aikana. Kirjaaminen tapahtuu sähköiseen potilastietojärjestelmään, jotka voivat poiketa paljonkin eri sairaaloiden välillä. Hoitotyön prosessiin katsotaan kuuluvaksi hoitotyön tarpeen määrittely, hoitotyön suunnittelu, toteuttaminen ja arviointi. Kirjaamisen tarkoituksena on lisätä potilasturvallisuutta, turvata hoitoa koskeva tiedon välitys ja hoidon jatkuvuus sekä parantaa hoidon tavoitteellisuutta. Kirjaamisen on tärkeää myös nykyaikaisen hoitotyön laadunvarmistuksessa ja hoitotyön kehittämisessä. Sitä käytetään apuna myös arvioitaessa hoidon vaikuttavuutta. (Ensio & Saranto 2004, 42- 43.)

Hoitotyön kirjaaminen on yksi tärkeimmistä periaatteista potilaan oikeudelle hyvään hoitoon ja siihen liittyvään kohteluun (Hallila 2005, 16). Kirjaamisella on suuri merkitys potilaan hoidon toteuttamisessa ja järjestämisessä. Merkityksellisiä ovat kirjaamisen vaikutukset potilasturvallisuuden edistymiseen ja luottamuksellisen hoitosuhteen kehittymiseen. Kirjatut hoitotiedot tulee olla käytettävissä jatkuvasti niitä tarvitseville potilaan päivittäisessä hoidossa. Potilastietojen hallinnasta onkin kehittynyt laaja järjestelmä terveydenhuollossa, johon kuuluvat tietojen tuottamiseen, säilyttämiseen ja jakamiseen tarvittavat menettelytavat, välineet, ohjeet ja toimijoina ihmiset. (Saranto & Sonninen 2007,12.)

Hoitotyöntekijöiden sähköistä kirjaamista ja siihen liittyvistä asenteista ja käsityksistä on tehty useita tutkimuksia. Sähköisen kirjaamisen käyttöönottovaiheessa negatiiviset asenteet ja tunteet ovat yleisiä hoitohenkilökunnalla. Asenteet kuitenkin muuttuvat huomattavasti positiivisemmaksi jo vuoden käyttökokemuksen jälkeen. (Jauhiainen 2004, 48.)

Jauhiaisen (2004) tutkimuksesta kävi ilmi, että hoitotyöntekijöiden tyytyväisyys potilaskertomuksia kohtaan on kasvanut selvästi siirryttäessä manuaalisesta potilaskertomuksesta sähköiseen. Sähköisen potilaskertomuksen käytettävyys, tietojen saanti ajoissa käyttöön ja tietojen ajantasaisuus nähtiin myös myönteisinä asioina. Tietojen sisältö ja esitysmuoto ei juuri ollut kehittynyt. (Jauhainen 2004, 48.)

2.2 Sähköinen kirjaaminen

Kansallisella tasolla on tehty merkittävä päätös siirtyä yhtenäiseen, rakenteiseen kirjaamisjärjestelmään (standardoidut otsikot, termit, luokitukset, vapaamuotoinen teksti) koko terveydenhuollossa. Paperi ja kynä vaihtuvat tietokoneeseen. Eniten muuttuu tiedon jäsentäminen ja ilmaisu. (Hopia & Koponen 2007, 5-6.) Hoitotyön ydin kuitenkin säilyy eli sairaanhoitaja arvioi edelleen potilaan tilannetta, tekee johtopäätöksen hoitotyön tarpeesta, suunnittelee ja toteuttaa hoitotyötä sekä kirjaa ja arvioi tuloksia. Sähköisiä lomakkeita ja luokituksia on kehitetty ja ne ovat jäsenneilty hoitotyön prosessin mukaisesti. Prosessi jäsenteää sähköistä kirjaamista hoitotyön ydintietojen keräämisessä, kirjaamisessa ja tallentamisessa. (Hopia & Koponen 2007, 6.) Sähköinen kirjaaminen luo puitteet sairaanhoitajille tuoda päätöksentekoa yhä näkyvämmäksi ja yhdenmukaisemmaksi sekä mahdollistaa tiedon hyödyntämisen eri tarkoituksiin hoitotyön dokumentoinnin näkökulmasta, koska kirjaamista ohjataan kansallisesti hyväksytyjen ydintietojen mukaisella rakenteella. Hoitotyön suunnitelman ydintiedot, rakenteelliset tiedot ovat hoitotyön tarve, toiminnot ja tulokset ja ne sisältävät arvioinnin. Ydintietoihin sisältyy myös potilaan hoitoisuuden luokitus ja hoitotyön yhteenveto. Sähköisen kirjaamisen tarkoituksena on yhtenäistää kirjaamisen sisältöjä. (Tanttu & Rusi 2007, 113.)

Rakenteinen kirjaaminen yhtenäistää hoitotyössä käytettäviä käsitteitä, tukee hoitotyön kirjaamiseen ohjausta ja perehdytystä sekä parantaa hoidon ja kirjaamisen laatua. Potilaan hoitotiedoista voidaan koota erilaisia tietokokonaisuuksia eli näkymiä ja niitä voidaan käyttää esimerkiksi hoitopalautteissa ja yhteenvedoissa sekä läheteissä ja tiivistelmissä. Rakenteisiin hoitotyön tietoihin voidaan myös liittää hoitotyön laadun ja vaikuttavuuden mittaamiseksi arviointimittareita. (Tanttu & Rusi 2007, 116.)

Kuopion yliopistollisen sairaalan syöpätautien vuodeosastolla hoitajat ovat yhdessä määrittäneet osaston omia sähköisen kirjaamisen kriteereitä, jotka ovat:

- kirjaamisen tulee olla potilaslähtöistä, jossa korostetaan yksilöllisyyttä

- hoitotyön prosessien eteneminen tulee näkyä vaiheittain, alkutilanteesta kohti tavoitetta ja kirjaamalla hoitotyön keinot tavoitteen saavuttamiseksi
- kirjaamisessa tulee näkyä potilaan kokonaisvaltainen hoito
- kirjaamisen eri vaiheissa tulee näkyä arviointia hoidon vaikutuksesta

2.3 Kirjaamista koskeva lainsäädäntö

Hoitotyön kirjaamista on usein pidetty toisarvoisena, hankalana ja aikaa vievänä osana potilaan kokonaishoitoa. Kuitenkin sekä potilaan, että hoitajan oikeusturvan kannalta tarkka ja huolellinen kirjaaminen on tärkeää. Hoitotietoon, jota ei ole kirjattu ei voida varmuudella luottaa. Hoitotyön kirjaaminen on kirjallinen näyttö toteutuneesta hoidosta. (Tanttu 2007, 127- 133.) Potilasasiakirjojen käsittely, laatiminen ja säilyttäminen ovat osa hoitotyötä (Ensio & Saranto 2004, 22- 29). Riittävän tarkalla ja laadukkaalla hoitotyön kirjaamisella luodaan edellytykset potilaan kokonaishoidon joustavalle toteutumiselle ja hoidon jatkuvuudelle (Tanttu 2007, 127- 133).

Henkilötietolaki ohjaa osaltaan hoitotyön kirjaamista. Henkilötietolain mukaan missä tahansa yksikössä tapahtuvan henkilötietojen käsittelyn tulee olla siellä annetun hoidon kannalta tarkoituksenmukaista. Tämä laki velvoittaa myös terveydenhuollon henkilöstöä. (Henkilötietolaki 1999.)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä astui voimaan vuonna 2007. Tällä lailla annettiin lisää aikaa niille julkisen terveydenhuollon yksiköille, jotka ovat velvoitettuja siirtymään sähköisen potilastietojärjestelmän käyttöönottoon. Sähköiseen potilas tietojen arkistointiin tulee tapahtua viimeistään 1.4.2011. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 2007.) Potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä siihen liittyvään kohteluun. Potilaalla on itsemääräämisoikeus eli potilasta koskevat hoitoratkaisut tulee tehdä yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. On tärkeää, että potilas saa riittävästi tietoa terveydentilastaan, hoidon sisällöstä ja vaikutuksista ja mahdollisista riskitekijöistä sekä hoitovaihtoehtoista. Terveydenhuollon ammattihenkilöstön on annettava potilaalle tietoa siten, että tämä ymmärtää sen sisällön. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Potilasasiakirjojen laatiminen on terveydenhuollon ammattihenkilöstön ja toimintayksikön laissa säädetty velvollisuus. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992). Merkintöjä saavat tehdä potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt. Terveydenhuollon opiskelijoiden merkinnät hyväksyy esimies,

ohjaaja tai tämän valtuuttama henkilö. Potilasasiakirjoihin merkinnän tekevä henkilö on velvollinen merkitsemään myös nimensä, asemansa ja merkinnän ajankohdan.

Potilaan kokonaishoidon eri vaiheiden kirjaaminen on oleellinen osa hoitoa, ja sen merkitys lisääntyy jatkuvasti terveydenhuoltojärjestelmän muuttuessa, hoitoaikojen lyhentyessä ja potilaiden sekä heidän omaistensa aktiivisuuden lisääntyessä. (Lauri & Lehti 1996, 28; Kärkkäinen 2007, 90.) Myös sähköinen kirjaaminen ja potilaiden terveysongelmien monimutkaistuminen ovat lisänneet hoitotyön kirjaamisen vaatimuksia (Kärkkäinen 2007, 90).

2.4 Potilaan oikeuksia ja asemaa koskeva lainsäädäntö

Suomessa on säädetty laki potilaan asemasta ja oikeuksista vuonna 1992. Tämän lain 13. pykälässä annetaan määräys potilasasiakirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä. Laissa määritetään myös se, että salassapitovelvollisuus koskee kaikkea potilasasiakirjoihin merkittyä tietoa. (L 1.8.2009/785, 12 §.) Potilasasiakirja-asetus määrittää sen, kenellä on oikeus kirjata potilaan hoitotietoja. Lisäksi kyseinen asetus määrittelee millä tavoin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulee hoitotietoja kirjata. Tämä asetus velvoittaa potilasrekisterin pitäjät merkitsemään tietyn minimitasen mukaiset tiedot kustakin potilaasta. Nämä perustiedot ovat potilaan tunnistetietoja: nimi, syntymäaika, henkilötunnus, kotikunta ja yhteystiedot. Perustietojen lisäksi on vähintään oltava tunnistettavissa se, missä toimintayksikössä ja kuka on merkinnät tehnyt. (A 1.8.2009/99, 6 §, 10 §.) Asetuksen mukaan potilasasiakirjoihin tulee merkitä kaikki potilaan hoidon suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin kannalta merkitykselliset tiedot. Tietojen on oltava riittävän laaja-alaisesti kootut, jotta ne turvaavat potilaan hoidon jatkuvuuden. Potilasasiakirjojen selkeyden vuoksi hoitotyöntekijän tulee kirjatessaan käyttää ainoastaan yleisesti hyväksyttyjä termejä ja käsitteitä. Potilasasiakirjoihin tulee kirjata potilaan perustietojen lisäksi tiedot esimerkiksi jokaisesta avoterveydenhuollon käynnistä ja osastojaksosta. Salassapitovelvollisuus säilyy palvelussuhteen tai tehtävän päätyttyä. (A 1.8.2009/99, 7 §, 10 – 11 §.)

Henkilötiedot kertovat potilaasta tai hänen ominaisuuksistaan sekä elinolosuhteistaan. Ne voivat koskea häntä tai hänen perhettään. Rekisterinpitäjän pitää käsitellä henkilötietoja laillisesti, huolellisesti ja hyviä tietojenkäsittelytapoja noudattaen. Rekisterinpitäjän täytyy toimia niin, ettei potilaan yksityisyys tai muu yksityisyyden suojan turvaavia perusoikeuksia rajoiteta ilman laissa säädettyä perustetta. (Henkilötietolaki 1999) Huolellisuusvelvoite koskee myös työntekijöitä. Periaatteita, jotka ohjaavat tietojen käsittelyä ovat: Huolellisuusvelvoite,

käyttötarkoitussidonnaisuus ja yhteysvaatimus. Tiedon laatua koskevia periaatteita ovat tarpeellisuusvaatimus ja virheettömyysvaatimus. Kirjaamista koskettavat myös arkaluontoisten tietojen käsittelyä koskevat säännöt. (Henkilötietolaki 1999; Hallila & Graeffe 2005, 19.)

2.5 Hoitotyön jatkuvuus

Hoitotyön kirjaaminen tapahtuu hoitokertomuksen avulla. Edellytykset potilaan hoidon turvalliselle jatkuvuudelle ja etenemiselle luodaan laadukkaalla, virheettömällä, taloudellisella ja arvioivalla hoitotyön kirjaamisella.

Potilaan hoidot tapahtuvat usein eri sairaalan eri yksiköissä. Moniammatillinen yhteistyö edellyttää hoitotyön eri ammattilaisten mahdollisuutta saada potilaan hoitoa koskeva tieto käyttöön potilaan suostumuksella juuri silloin kun tietoa tarvitaan. Näin potilaan hoidon jatkuvuus säilyy. (Tanttu 2007, 131.)

Hoitotietojen sähköinen välittäminen mahdollistaa ja vaatii hoitokäytäntöjen ja potilaille annettavien ohjeiden yhdenmukaistamista. Potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta tarpeellisten ja virheettömien potilastietojen siirto toimintayksiköiden välillä edellyttää yhdenmukaisia tietorakenteita. Hoitotiedon yhtenäisyys edesauttaa potilaan hoidon jatkuvuutta.

Tulevaisuudessa kansallinen potilaskertomusten arkistointi mahdollistaa sen, että potilasta koskevat asiakirjat ovat käytettävissä kaikkialla Suomen toimintayksiköissä, sairaaloissa, terveyskeskuksissa ja myös yksityisillä palvelujen tuottajilla. Edellytyksenä kuitenkin on, että potilas antaa käytölle luvan. (Tanttu 2007, 131 -132.)

3 HOITOTYÖN RAPORTOINTI

Hoitotyössä sana raportti kuvaa tilaisuutta, jossa tiedotetaan päättyvän työvuoron aikana tapahtuneita asioita potilaiden hoitamisessa ja voinnissa. Nykysuomen sanakirjan mukaan (1996) raportti tarkoittaa tiedotusta, tiedotetta, tiedonantoa, selontekoa ja tilannetiedotusta. Hoitotyön raportoinnin tehtävänä on varmistaa potilaan hoidon jatkuvuus hoitosuunnitelman mukaisesti sekä potilas turvallisuus vuorojen vaihduttua. Raporttien sisältö perustuu sairaskertomuksiin ja hoitosuunnitelmiin. (Puumalainen ym. 2003, 4; Ruuskanen 2007, 13–14.)

3.1 Suullinen raportointi

Suullinen tiedotustilaisuus on perinteinen tiedonvälitystapa hoitotyössä. Hoitohenkilöstön raportointitilaisuuksia pidetään yleensä työvuorojen vaihtuessa: aamulla, päivällä ja illalla. Raportointitilaisuuksissa välitetty tieto ohjaa hoitajia työssään. Raportin aikana vastuu potilaiden hoidosta siirtyy työvuoroon tuleville hoitajille (Kilpeläinen 1992). Suullisessa raportissa edellisen vuoron hoitajat tiedottavat vuoroon tuleville hoitajille kaikista osaston potilaista. Raportti pidetään yleensä osaston kansliassa. (McKenna & Walsh 1997, 128.)

Suullisessa raportointitilaisuudessa on useita häiriötekijöitä, kuten raporttia antavan hoitajan joutuminen välillä puhelimeen tai neuvotteluun omaisen tai muun henkilön kanssa. Kansliatilat, joissa raportointi tapahtuu, voivat olla levottomia. Raportin voi keskeyttää osaston työntekijä tulemalla kansliaan esimerkiksi hoitotarvikkeita hakemaan tai kysymään tarkennusta johonkin asiaan. Kennedyn (1999, 394) mukaan suullinen raportti voi johtaa keskusteluun muista aiheista kuin hoitamisesta, ja keskustelu potilaista voi olla epäasiallista. Lisäksi se on aikaa vievää. Raportin kesto vaihtelee muutamasta minuutista tuntiin ja sen kestoon vaikuttavat potilaiden lukumäärä, hoitoisuus sekä vaihtuvuus. Raportin pitäjän persoonallisuus ja työn organisointiin liittyvät asiat vaikuttavat raportin pituuteen. Osa hoitajista kertoo laajasti potilaan päivän tapahtumista, osa taas hyvinkin lyhyesti tai rutiininomaisesti. (Lamond 2000, 794; Puumalainen ym. 2003, 4; Ruuskanen 2007, 11; Sherlock 1995, 34.)

Erikoissairaanhoidossa suulliseen raportointiin kuluu aikaa noin seitsemän tuntia työaikaa vuorokaudessa. (Puumalainen ym. 2003; Turtiainen 2005, 127). McKennan

ja Walshin (1997, 128,131) mukaan monet sairaalat etsivät keinoja korvata suullinen raportointi aikaa säästävämällä ja tehokkaammilla tiedonvälityskeinoilla. Ruuskanen (2007, 9) mukaan suullinen hoitotyön raportointi ei enää vastaa kehittyneen ja muuttuneen hoitotyön tarpeisiin. Se ei edistä hoitotyön jatkuvuutta eikä potilaiden hoidon turvallisuutta.

Suullisen raportoinnin tärkeimpiä tehtäviä ovat hoitotyön toiminnan jatkuvuuden turvaaminen, potilasturvallisuus ja työryhmän kiinteydestä huolehtiminen (Kilpeläinen 1992, 28–29). Hoitajien vuorovaikutuksen kannalta suullisella raportoinnilla on tärkeä osa. Raportointitilanne on ammatillisesti tärkeä, koska siinä hoitajat voi käsitellä kriittisiä tunteita ja tilanteita. (Telaranta 1997, 224–225.) Suullisen raportin pohjana toimivat potilasasiakirjat, ja kirjatun hoitosuunnitelman tarkoitus on ohjata potilaan hoitamista (Ruuskanen 2007, 15). Wallum (1995, 24) on kuitenkin tutkimuksessaan todennut, ettei hoitosuunnitelmaa usein edes lueta raportilla, vaikka raportin pitäisi perustua siihen. Potilaista kerrottavat asiat painottuvat enemmän päättymässä olevan työvuoro asioihin kuin hoitosuunnitelmaan (Kennedy 1999, 392; Wallum 1995, 25).

Lamond (2000, 800–803) on tutkimuksessaan todennut, että potilaasta kerrotaan suullisessa raportissa asioita, joita ei ole dokumentoitu mihinkään. Nämä asiat liittyvät usein potilaan kuntoon, psyykkiseen vointiin ja persoonaan. Hallilan (2005c, 125) ja Kennedyn (1999, 392) mukaan suullinen raportointi on käytännössä sitä, että hoitotyötä toteutetaan muistinvaraisen tiedon perusteella. Tällainen menettely voi vaarantaa potilasturvallisuuden, ja hoitotyöntekijöiden oma oikeusturvakin heikkenee.

3.2 Hiljainen raportointi

Hiljainen raportointi perustuu huolelliseen hoitotyön kirjaamiseen. Hiljainen raportointi edellyttää, että hoitotyössä on tehty selkeät valinnat esimerkiksi jonkin hoitotieteellisen mallin käyttämisestä. Silloin kirjaaminen ja raportointi ovat sen kiinteitä osia. (Telaranta 1997, 225.)

Hiljaisessa raportoinnissa kirjatun tiedon tulee olla loogista ja selkeää sekä potilaan hoidon kannalta oleellisten asioiden esiintuomista ja hoidollisen vaikuttavuuden seuranta (Lauri & Lehti 2000, 20). Työvuoron vaihtuessa työvuoroon tulevat hoitajat lukevat kirjalliset raportit ja saavat siten itselleen riittävän tiedon edellisten työvuorojen tapahtumista. Hiljaisessa raportoinnissa potilaiden tiedot on samalla tavalla kaikkien ammattihenkilöiden- ja ryhmien luettavissa ja hyödynnettävissä.

Hoitotyön kirjaamisen kehittymisen ansiosta suullisia raportteja on voitu vähentää (Hallila 2005, 125). Puumalaisen ym. (2003) tekemän tutkimuksen mukaan hiljaiseen raportointimenetelmään kului vähemmän työaikaa, raportointi oli selkeää ja asiallista, sekä kirjaaminen oli merkittävästi parantunut. Hoitajat ottivat myös aikaisempaa paremmin huomioon potilaan näkökulman päätöksenteossaan. Lisäksi potilaiden hoitoon jäi enemmän aikaa tämän raportointimenetelmän mukaan. (Puumalainen ym. 2003, 4.) Sähköinen kirjaamisen mukaantulo tuo muutoksia kirjaamiseen, joista yksi merkittävin on siirtyminen vapaasta, kertovasta kirjaamisesta luokituksia hyödyntävään kirjaamiseen. Tämä edellyttää uuden oppimista ja yhtenäistä tapaa kirjata hoitotietoja. Yhtenäisesti kirjattu hoitotieto vähentää suullisen raportoinnin tarvetta ja muuttaa täten raportointikäytäntöjä eri työyksiköissä. (Saranto, Ensio, Tantt & Sonninen 2007, 149.)

Hiljaista raportointimenetelmää käytettäessä hoitotyön kirjaamisen tärkeys korostuu. Kaiken hoidon kannalta olennaisen tiedon tulee näkyä potilaan sairauskertomuksessa ja hoitosuunnitelmassa. (Puumalainen ym. 2003, 5.) Raportointi ilman suullista tiedotusta edellyttää hyvää ja selkeää kirjaamista yhteisesti sovittujen sääntöjen mukaisesti (Ruuskanen 2007, 22). Tutkimusten (Kennedy 1999, Puumalainen ym. 2003) mukaan hiljaiseen raportointimenetelmään siirtyneet hoitajat kokivat, että heidän kirjaamistaitonsa olivat parantuneet ja he tutustuivat aiempaa paremmin potilaspapereihin ja hoitosuunnitelmiin. Kennedyn (1999, 394) tutkimuksessa todettiin myös, että hiljainen raportointimenetelmä vähensi henkilökunnan ylityömäärää. Se on taloudellisesti edullisempaa kuin suullinen raportti tehokkaamman ajankäytön takia. Aika, joka oli ennen kulunut suulliseen raportointiin, voitiin nyt käyttää hoitotyön kirjaamiseen ja suoraan potilastyöhön. (Telaranta 1997, 225.)

Kennedyn (1999) tutkimuksen mukaan hoitajien oli vaikea löytää hiljaisesta raportista huonoja puolia. Haitaksi mainittiin se, jos unohti kirjata jonkin asian ja joidenkin hoitajien kirjaamisen laatu. Puumalaisen ym. (2003) tutkimukseen vastanneiden hoitajien mukaan sairauskertomuksiin ja hoitosuunnitelmiin tutustumiseen kului enemmän aikaa kuin ennen, eikä kaikki olennainen tieto tullut sairauskertomuksista esille. Suullista raporttia kaivattiin tilanteissa, joissa työhön palataan pitkältä vapaalta ja kaikki potilaat ovat uusia ja silloin, kun hoidettava potilas on vakavasti sairas. Sillä koettiin olevan vaikutusta uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttämiseen. Myös potilasturvallisuuden toteutumista kritisoitiin.

4 MUUTOKSEN HALLINTA

4.1 Muutos

Muutos on ilmiö, jossa ihmisten toiminta muuttuu pysyvästi erilaiseksi ja johtaa uudenlaiseen toimintatapaan. Muutos voi koostua yksittäisistä ihmisistä, ryhmistä tai kokonaisista organisaatioista. Muutos sisältää kehittämisen, oppimisen ja innovaatiot, mutta se myös ajatuksen olosuhteiden muutoksesta. Muutokset eivät tapahdu yleensä itsestään, eikä nopeasti, joten niiden toteuttaminen tarvitaan aikaa paljon, sekä myös rahallisia resursseja. Muutoksia toteutetaan sopimalla uudesta toimintatavasta, kehitysprojekteilla tai suurien hankkeiden osalta muutosjohtamisella. Muutoksen läpiviennissä johtajan rooli korostuu, sillä muutoksen kulun eri vaiheissa on aina enemmän epävarmuustekijöitä kuin tavalliseen tapaan toimiessa (Erämetsä 2003, 10 - 20.)

Viimeiset vuosikymmenet ovat olleet sosiaali- ja terveydenhuollossa lukemattomien erilaisten johtamismallien, tuloksellisuuden parantamisen, kehittämishankkeiden ja uudistusten vuorottelua maailman laajuisesti, sekä myös Suomessa. Muutosjohtajat ovat poliittisten ratkaisujen ja toisaalta kansalaisten palveluodotusten puristuksessa. Puhuttaessa sosiaali- ja terveydenhuollosta, muutos joka pitäisi saada aikaan tai jonka pitäisi johtaa johonkin uuteen toimintatapaan, kohdistuu seuraavin asioihin: 1) toimintarakenteet ja päätösvalta, 2) taloudelliset resurssit, siis käytettävissä olevat rahat ja niiden käytön tapa ja laajuus, 3) henkilöstö, joko sen rakenne, osaaminen tai määrä, sekä 4) toiminnan prosessit. Muutos tapahtuu onnistuneen muutosjohtajuuden avulla. (Sydänmaalakka 2001, 30-45).

4.2 Muutoksen johtaminen

Muutosjohtamisella pyritään luomaan muutosvalmiuksia, hallitsemaan sekä myös ohjaamaan muutosta. 2000-luvun johtamisen keskeisin haaste on ollut kehittää organisaation johtaja muutosjohtajaksi. Muutosjohtaja näkee muutoksen mahdollisuutena, etsii muutoksia, löytää oikeat muutokset, sekä saa ne toimimaan tehokkaasti. Muutosjohtajana toimiminen vaatii halukkuutta ja kykyä sekä muuttaa nykyisiä toimintatapoja että tehdä uusia ja erilaisia asioita. Viimeisten vuosien aikana

muutoksen johtaminen on noussut johtamisen keskeiseksi kysymykseksi. Ihmiset vastustavat muutosta monista syistä. Näitä syitä ovat muun muassa itsekkyyys, väärinkäsitykset ja luottamuksen puute muutokseen, yksilön erilaiset tavat käsitellä ongelmia ja erilaiset kyvyt kohdata muutos (Sydänmaalakka 2001, 68). Organisaatioiden muutospaineessa johtajien ja esimiesten kyvyt ovat kovalla koetuksella. Muutoksen syy täytyy perustella niin, että työntekijät haluavat sitoutua muutokseen ja tehdä töitä muutoksen eteen. Hyvä ja rohkea muutosjohtaja pystyy luomaan innovatiivisia ideoita, näkemään kehityksen suunnan, rohkaisemaan ihmisiä ja antamaan välineitä muutoksen toteuttamiselle. Terveystieteiden tutkimuksissa muutos on muodostunut pysyväksi tilaksi, jossa muutosta on osattava hallita ja muutoksessa on osattava toimia. (Lammintakanen & Kinnunen 2006, 17–22)

Työntekijää pyritään pitämään ajan tasalla muutoksen aikana niin tiedollisesti kuin taidollisesti (Leskelä 2001, 25). Riittävä tieto mahdollistaa muutoksen ja sen avulla työntekijää edistetään ymmärtämään muutoksen tarpeellisuus ja onnistumisen hyöty. Jokaisen työntekijän tulee ymmärtää tilanne ja syyt muutokseen mahdollisimman hyvin.

Opinnäytetyössäni muutoksen johtaminen tapahtuu erikoissairaanhoidon vuodeosastolla, joten terveydenhuollon erityispiirteet aiheuttavat sen, että terveydenhuollon johtaminen eroaa muiden organisaatioiden johtamisesta myös muutoksia johdettaessa. Kinnunen ja Vuori (2005, 198–199) ovat perustelleet terveydenhuollon erityispiirteiden ymmärtämisen tärkeyttä alan johtamisen ymmärtämisessä ja kehittämisessä. Erityispiirteiden huomioiminen muutoksia suunniteltaessa on tärkeää, jotta muutokset voisivat onnistua. Ensimmäisenä erilaistavana tekijänä terveydenhuollossa on julkisen sektorin rooli palveluiden ohjaajana ja rahoittajana. Terveydenhuollon johtamista ohjaavat poliittiset päätökset.

Toisaalta terveydenhuollon organisaatiot eroavat muista organisaatioista siinä, että hyödykkeenä terveys on rajaton; julkisten palveluiden kysyntä kasvaa sitä mukaa, kun tarjontaa kasvatetaan. Kolmantena huomioitavana asiana on se, että terveydenhuollon organisaatioiden keskeinen lähtökohta on etiikka sekä terveydenhoito. Kun pyritään lievittämään asiakkaiden kipua tai kärsimystä ja ollaan elämän ja kuoleman keskellä, syntyy omanlainen toimintaympäristönsä, joka vaikuttaa myös johtamiseen.

Muutosjohtaminen edellyttää strategian määrittelyä, esimiesten sitoutumista, henkilöstön luottamusta, riskianalyysin tekoa, sekä muutoksen toteutusta.

Ensimmäinen vaihe on analyysivaihe, joka auttaa ymmärtämään organisaatiota, sekä muutoksen luonnetta. Toisessa vaiheessa hahmotellaan muutosohjelma, siihen kuuluu vision rakentaminen, muutostiimin rakentaminen, sekä henkilökunnan hyväksymiseen tähtäävän toiminnan aloitus. Kolmannessa vaiheessa on tarkoituksena suunnitella muutoksen toteutus, se edellyttää tulevaisuuteen katsomista, sekä riskien että mahdollisten ongelmien kartoitusta. Ongelmien ratkaisemiseksi laaditaan suunnitelma. Neljäs vaihe on toteutusvaihe. Toteutusvaiheessa on tärkeää seurata suunnitelmaa ja arvioida muutoksen etenemistä. (Erämetsä 2003, 30 - 35).

4.4 Muutosvastarinta

Muutokseen liittyy aina muutosvastarintaa ja se on hyväksyttävä. Muutosvastarinnan käsittelemistä varten on pystyttävä arvioimaan mistä se johtuu. Tunteiden hyväksyminen osana muutosprosessia edesauttaa muutokseen sopeutumista. Tunteisiin voidaan onneksi vaikuttaa. Tunteita on käsiteltävä tiimeissä ja valmennustilaisuuksissa. On yritettävä korvata negatiiviset tunteet positiivisella ja keskittymään ajatuksiin ja tekoihin, sen sijaan että pohditaan asioita, joihin ei voida vaikuttaa. Myös asioiden väärinymmärrys tai tietämättömyys voi aiheuttaa vastarintaa. Tämän vuoksi muutos on esiteltävä mahdollisimman perusteellisesti. Muutoksesta on myös viestitettävä kattavasti lyhyessä ajassa, jotta huhut eivät saa otetta ja aiheuta epävarmuutta. Yleensä muutoksen kohteeksi joutumista vastustetaan, etenkin jos koetaan että muutoksesta koituu hyötyä jollekin muulle. Ovatko asiat menossa toivottuun suuntaan, ovatko yksilön näkemykset ja muutos yhden suuntaisia? Silloin kun näin ei ole, seurauksena usein on haluttomuus tukea muutosta, tätä ilmiötä sanotaan muutosvastarinnaksi (Mattila 2007, 21).

Muutosvastarinnan avulla voidaan tarkastella vision toimivuutta useasta eri suunnasta. Näin varmistetaan, että ollaan oikeilla jäljillä ja tehdyt muutosehdotukset ovat tarpeellisia. Sopivastakin muutosvastarinnasta on kuitenkin hyvä päästä nopeasti varsinaiseen muutoksen toteuttamiseen. Liian hidas prosessi väsyttää henkilöstön ja saavutusten näkeminen on tällöin vaikeaa. On kuitenkin varauduttava siihen, että muutosvastarinta aiheuttaa pohdintaa ja herättää runsaasti keskusteluja, jolloin koko muutosprosessi viivästyy. (Erämetsä 2003, 191 -195.)

Muutosten edessä johtaminen, sekä sen hoitaminen korostuu ja sillä voidaan helpottaa muutosvastarintaa. Silloin tarvitaan muutosjohtamisen ja esimiehen taitoja.

Pelkästään esimiehen rooli ei ole tärkeä muutoksessa, vaan myös työntekijöiden tietoa ja taitoa tarvitaan muutoksissa. Organisaatio ei voi kehittyä ja muuttua ilman muutoskykyistä ja joustavaa, juuri tämän organisaation tarpeisiin sopivaa henkilöstöä. Työntekijöiltä vaaditaan nykypäivänä paljon, heidän tulee olla yhteistyökykyisiä kaikissa eri tilanteissa (Ranta 2005, 12.) Esimiehen tulee muutostilanteessa tiedottaa henkilöstöään mahdollisimman paljon. Tieto helpottaa muutoksen pelkoa.

Muutosvastarinta nujerretaan hyvällä muutosjohtajuudella. Muutos tulee viedä läpi hallitusti. Muutosprosessin tueksi voidaan laatia strategia, jotta asetetut muutostavoitteet saavutetaan. Henkilöstön tiedottaminen ja sitä kautta epävarmuuden ja arvailujen vähentäminen ovat avainasemassa hallittaessa muutosvastarintaa. Muutosvastarinta voidaan murtaa vain yksituumaisella ja näkyvällä johtamisella sekä esimerkillisellä toiminnalla. (Ranta 2005, 12 - 13.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää raportoinnin ja kirjaamisen kokemuksia ja mahdollisuutta siirtyä suullisesta raportoinnista kirjalliseen tiedonsiirtoon. Toimintatutkimuksen tavoitteena oli pilotoida osastolle hiljainen raportointimalli, joka auttaa potilasta saamaan yksilöllistä hoitoa ja saamaan aikaan taloudellista hyötyä ajankäyttöä priorisoimalla. Tutkimuksessa selvitettiin myös muutosjohtamista, koska tutkimus on toimintatutkimus ja esimieheltä tutkimuksen läpivieminen vaatii tietoa ja osaamista muutoksen läpiviemisestä.

Opinnäytetyön tutkimustehtävät olivat seuraavat:

1. Voiko osaston potilaita hoitaa kirjalliseen raportointiin perustuen (hiljainen raportointi)?
2. Miten raportointitavan muutos on vaikuttanut hoitajien ajan käyttöön eri työtehtävissä?
3. Miten kirjaaminen on muuttunut kirjallisen raportointitavan myötä?
4. Mitä muutosjohtaminen on ja mikä on esimiehen rooli muutoksen aikana?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyöni on toimintatutkimus, jossa on määrällisen eli kvantitatiivisen sekä laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän piirteitä. Tutkimuksessani keskeisiä asioita ovat johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, aiemmat teoriat, ja käsitteiden määrittely sekä ajan mittaaminen. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa esille nousevat myös aineiston keruun suunnitelmat, tutkittavien henkilöiden valinta, aineiston saattaminen käsiteltävään muotoon ja päätelmien teko tutkimusaineiston tilastolliseen analysointiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 136.)

Tutkimuksissa, kuten tässä opinnäytetyössäkin kyselyä käytetään selvittäessä ihmisten mielipiteitä ja asenteita. Se vaatii huolellisen valmistautumisen. Kyselytutkimuksen etuna pidetään sitä, että niiden avulla voidaan kerätä kattava tutkimusaineisto, johon voidaan saada paljon henkilöitä ja kysyä monia asioita. Hyvin suunniteltu kyselylomake nopeuttaa aineiston käsittelyä sekä analysointia ja näin säästää tutkijan aikaa. Hyvä kyselylomake on selkeä ja helposti täytettävä. (Hirsjärvi ym. 2007, 190, 197-198.)

Kyselytutkimuksen haittoja ovat muun muassa mahdottomuus tietää vastaajan suhtautumisesta tutkimukseen sekä siitä onko vastaaja vastannut huolellisesti ja rehellisesti. Väärinymmärryksiä voi myös esiintyä, koska vastausvaihtoehdot voivat toimia eri tavoin vastaajien näkökulmasta. Vastaajan perehtymistä tutkittavaan asiaan ei myöskään tiedetä ja vastaamattomuus voi joskus nousta suureksi. (Hirsjärvi ym. 2007, 190.)

Laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen ja tiedon keruun instrumenttina toimii ihminen. Laadullinen tutkimusote etenee käytännön ilmiöistä ja havainnoista yleiselle tasolle. Se lähtee liikkeelle käytännönkokemuksista, havainnoista, kertomuksista ja ammattikäytännöistä. Tutkijalle esiymmärrys kohoaa esille aikaisemmasta tiedosta ja kokemuksesta. Oletetut lähtökohdat tutkija voi muuttaa tai kumota ne kokonaan, jos aineisto siihen osoittaa. Tuomalla tämä esiymmärrys esille saadaan lähtökohta tulkinnalle joka auttaa lukijaa heti tietoiseksi tutkijan taustanäkemyksistään. Samalla se saattaa tutkimuksen kriittiselle tarkastelulle. (Hirsjärvi ym. 2007, 157, 160, 260.)

Toimintatutkimuksessa on kyse väljästä tutkimusstrategisesta lähestymistavasta, joka saa sisältönsä kohdealueeltaan. Toimintatutkimuksessa tutkija toimii osallistuvana tutkimusta toteuttavana tutkijana, jolloin kohdeyhteisö otetaan aktiiviseksi osallistujaksi kehittämis- ja tutkimusprosessiin. Tutkimusmenetelmän valintaa puoltaa myös se että toimintatutkimuksessa korostuu tutkimuksen käytännöllisyys ja prosessi luonteisuus. (Hirsjärvi yms. 2007 155-160.)

Toimintatutkimuksen avulla pyritään kehittämään organisaatiota sen toimintatapoihin vaikuttamisen kautta. Toimintatutkimuksessa interventiolla tarkoitetaan esimerkiksi koulutusta tai organisaatiossa tehtävää muutosta, jolla pyritään avaamaan uusia näkökulmia organisaation toimintatapoihin. Menetelmässä on keskeistä pyrkimys vaikuttamiseen ja toisaalta tutkijan mukanaolo ja osallistuminen toimintaan organisaation arkipäivässä. Prosessin lopulla pyritään vaikuttamaan siihen, että kehittyneempi toimintamalli juurtuisi organisaatioon. Toivottavaa on myös se, että kehitymisprosessi jatkuisi tutkimuksen päätyttyä itsenäisesti. Interventiolla ei sinänsä välttämättä tavoitella esimerkiksi toiminnan tehostumista tai parantumista vaan tuloksena voi olla myös uusi tapa ajatella, jonka tehty muutos mahdollistaa muuttaessaan totuttuja ajattelu- ja toimintamalleja. (Heikkinen 2007, 196- 201) Toimintatutkimus ymmärretään usein lähestymistavaksi, joka ei ole kiinnostunut ainoastaan siitä, miten asiat ovat, vaan ennen kaikkea siitä, miten asioiden tulisi olla. Toimintatutkimuksessa tietoa ja arvoja ei eroteta toisistaan, vaan ne liittyvät saumattomasti toisiinsa. (Heikkinen 2007, 194- 201).

Toimintatutkimuksella (Action Research) Metsämuurosen (2006,102) mukaan tarkoitetaan todellisessa maailmassa tehtävää pienimuotoista interventiota ja sen vaikutuksen tutkimista. Toimintatutkimus on tutkimusta jonka avulla pyritään ratkaisemaan erilaisia käytännön ongelmia, sosiaalisia käytäntöjä sekä ymmärtämään niitä esimerkiksi työyhteisössä. Toimintatutkimuksessa pyritään vastaamaan käytännössä havaittuun ongelmaan ja kehittämään olemassa olevia käytäntöjä paremmaksi. Tutkimusta voi tehdä yksittäinen työntekijä, mutta kuitenkin kyseessä on koko työyhteisö tai organisaation koskeva muutosprosessi jolloin siihen tarvitaan kaikkien sitoutuminen tutkimukseen mukaan.

Toimintatutkimuksen päämääränä ei ole vain tutkiminen, vaan myös toiminnan samanaikainen kehittäminen. Toimintatutkimuksen ensisijaisena tarkoituksena tutkia ja kehittää ihmisten yhteistoimintaa.

Toimintatutkimuksessa tietoa ja arvoja ei eroteta toisistaan, vaan ne liittyvät saumattomasti toisiinsa. Heikkinen ja Jyrkämä toteavat, että toimintatutkimus voidaan

ymmärtää hyvin monin eri tavoin, esimerkiksi teknologiaksi tai eettis-moraaliseksi lähestymistavaksi. Heikkinen ja Jyrkämä nostavat esille seuraavat piirteet: reflektiivisyys, tutkimuksen käytännönläheisyys, muutosinterventio sekä ihmisten aktiivinen osallistuminen hankkeeseen. (Heikkinen & Jyrkämä 1999,36)

Ei ole olemassa mitään yhtenäistä perinnettä siitä, mikä toimintatutkijan asema on tutkittavassa yhteisössä. Toimintatutkimuksessa tutkija osallistuu tutkittavan yhteisön toimintaan ja pyrkii ratkaisemaan tietyn ongelman yhdessä yhteisön jäsenten kanssa. Lindfors (1999, 169) painottaa, että toimintatutkijan on oltava ryhmän sisäinen eikä sen ulkoinen jäsen. Kiviniemen (1999, 65) mukaan taas on tehtävä linjanveto sen suhteen, missä määrin tutkija on toisaalta tutkija ja missä määrin hän on myös osallistuja tai toimija. Molemmissa tapauksissa tutkijan roolin ja tehtävien on oltava ryhmän toimintaa tukevia ja tutkijan on oltava osa toiminnan kehittämisprosessia. Tutkimuksen tekijän halu olla yhteistyössä ja kyky suhtautua avoimesti muihin osallistujiin ja heidän näkemyksiinsä on toimintatutkimuksen ehdoton edellytys. Lisäksi toimintatutkijan rooliin kuuluu erityisesti toiminnan aktivoiminen ja pyrkimys kehittää sitä omalla panoksellaan.

Tutkija tietää olevansa tekemässä toimintatutkimusta, jos hän toimii yhteisössä, jossa yksilöt pohtivat ja kehittävät työtään, analysoivat kuinka toiminta on historiallisesti kehkeytynyt nykyiselleen, kehittelevät vaihtoehtoja ongelmien ratkaisemiseksi ja tavoitteiden saavuttamiseksi sekä tuottavat toiminnasta uutta tietoa. Toimintatutkijan rooliin kuuluu siis osallistua erilaisiin keskusteluihin ja kokouksiin, joissa toimintaa suunnitellaan ja arvioidaan. Toimintatutkimuksen yksi tärkeimmistä tunnuspiirteistä onkin jatkuva ammatillinen reflektointi (=pohdinta) (Heikkinen 1999, 25, 40, 55.)

Reflektiivisessä ammatillisuudessa on tärkeää tiedostaa ja kriittisesti arvioida omaa toimintaa ohjaavia tekijöitä sekä pohtia ja arvioida omia henkilökohtaisia käsityksiä, uskomuksia ja asenteita, jotka riippuvat sekä omista elämäkokemuksista että kulttuuri- ja luokkatekijöistä. Itsereflektion tavoitteena on arvioida kriittisesti omaa toimintaa ja ammatillista kokonaistoimintaa sekä pyrkiä oman ja yleisen ammatillisen toiminnan muuttamiseen ja kehittämiseen. (Karvinen 1996, 17-45; Tiuraniemi 2001, 16.)

Tässä opinnäytetyössä toimintatutkimus tulee esille käytännönläheisenä, reflektiivisenä, muutosinterventio suuntautuneena ja ihmisten osallistumista korostavana lähestymistapana (Heikkinen & Jyrkämä 1999, 36 - 49) ja siinä annetaan antaa mahdollisuus toiminnan kehittämiseen ja välittömään käytännön hyötyyn.

(Heikkinen 2007, 196). Toimintatutkimuksessani tuotetaan tietoa käytännön toimintojen kehittämiseksi ja siinä tutkitaan ihmisten toimintaa. Yleensä se on ajallisesti rajattu tutkimus- ja kehittämisprojekti, jossa kokeillaan ja suunnitellaan yhteisiä toiminta tapoja kuten esimerkiksi tämän opinnäytetyön aihetta; pilotoida hoitotyöhön uusi toimintatapa.

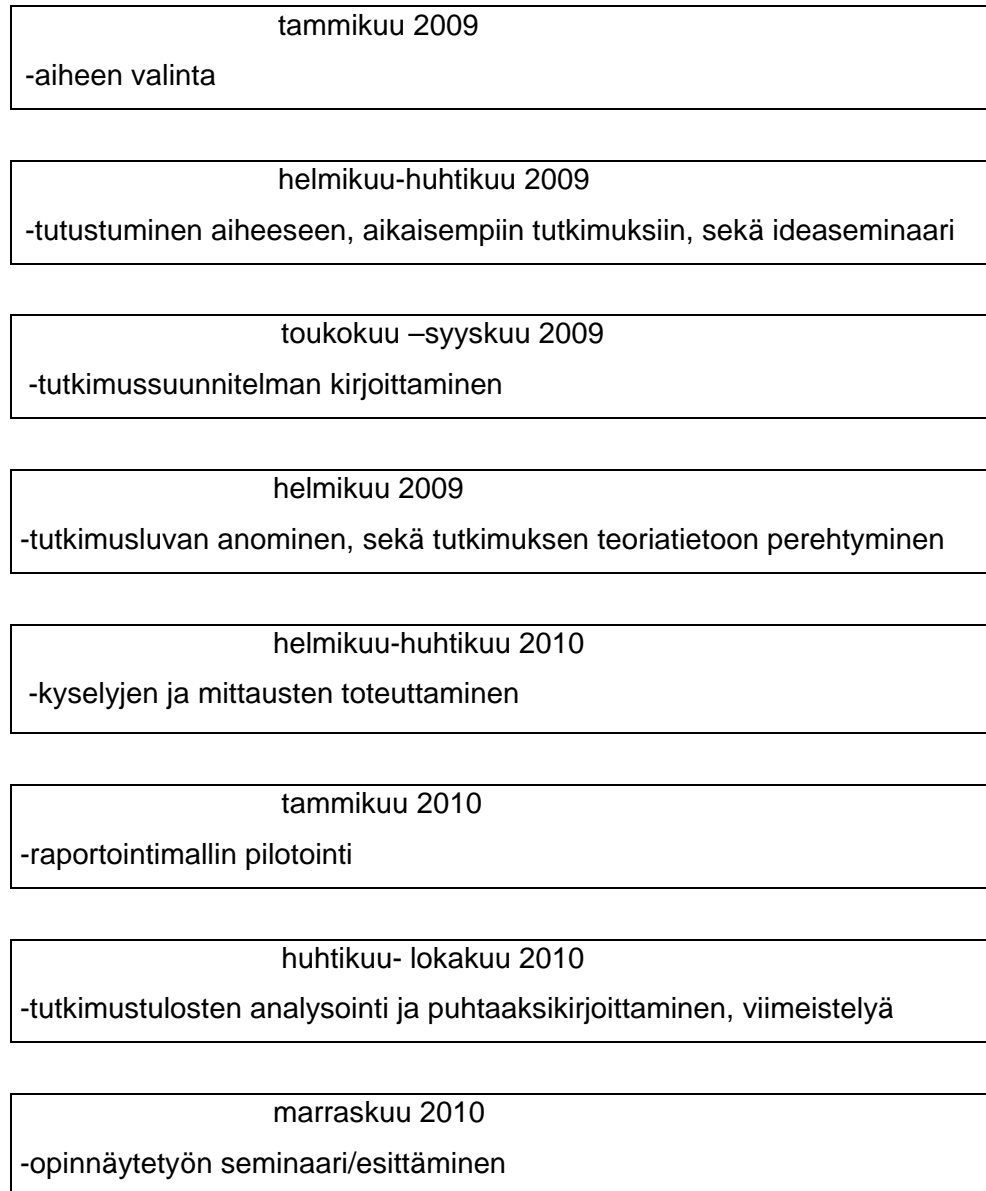
6.2 Tutkimukseen osallistujat ja aineistonkeruu

Tutkimukseen osallistuivat kaikki osaston sairaanhoitajat ja perushoitajat, yhteensä 30 hoitajaa. Tutkimuksen alussa osastolla suoritettiin viikonnittainen ajankäytön mittaaminen. Mittaamisella selvitettiin, kuinka paljon aikaa menee eri tehtäviin osastollamme, varsinkin kiinnostus kohdistuu raportointiin liittyviin tehtäviin. Hoitajat arvioivat ajankäyttöä 10 minuutin tarkkuudella. Mittaus toistettiin tutkimuksen loputtua, jolloin näimme kuinka ajankäyttö on muuttunut uuden raportointitavan myötä. Liitteessä 1 on esitelty ajankäytön mittaamisen kyselylomake.

Ennen pilotointia hoitajien sen hetkistä kirjaamista kartoitettiin kyselyllä, jossa selvitettiin, voisiko potilasta hoitaa jo ennen hiljaisen raportoinnin pilotointia pelkän kirjaamisen perusteella. Kysely koostui strukturoiduista kysymyksistä, joissa selvitettiin, mitä osastollamme potilaiden sen hetkinen kirjaaminen sisälsi. Liitteessä 2 on esitelty kyselylomake.

Tämän jälkeen osastotunnilla mietimme yhdessä hoitajien kesken kriteereitä mitä tietoja osastomme potilaista ja heidän hoidosta tulee kirjata sähköiseen potilastietojärjestelmään ja mitä esteitä siihen on. Ennen pilotointia erään toisen osaston hoitaja kävi kertomassa hiljaisesta raportoinnista, joka heidän osastollaan on käytössä. Hän kertoi, heidän osaston hiljaisen raportoinnin hyödyistä ja ongelmista ja siitä kuinka raportointi käytännössä osastolla menee.

Tutkimuksen lopuksi tein vielä kyselyn raportointitavan muutoksesta. Tässä selvitettiin, oliko hoitajat osastollamme halukkaita jatkamaan kirjallista raportointi tapaa ja mitä kehittämisideoita vielä olisi, jotta uusi raportointimalli olisi toimiva, turvaten potilaiden hoidon jatkuvuuden. Kyselyssä hoitajat arvioivat muutoksen onnistumista ja tutkijan tapaa johtaa muutosta. (Liite 3). Kuviossa 1. on esitelty toimintatutkimukseni eteneminen vaiheittain.



Kuvio 1. Opinnäytetyön eteneminen

6.3 Aineiston analysointi

Opinnäytetyöni analysoinnin aloitin tarkastelemalla tutkimusaineistoa alustavasti, sisältyikö siihen selviä virheitä tai puuttuiko tietoja. Seuraavana vaiheena oli aineiston järjestäminen tallennusta ja analysointia varten. Kvantitatiivisen tutkimuksen aineistosta muodostetaan muuttujia ja aineiston koodataan eli jokaiselle havaintoyksikölle annetaan jokin arvo eli muuttuja, laaditun muuttujaluokituksen mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2007, 216 - 217.) Jokaisen kyselylomakkeen numeroin ennen tietojen syöttämistä Microsoft Excel- ohjelmaan mahdollisten virheiden löytämiseksi tietojen käsittelyn myöhemmässä vaiheessa. Lomakkeiden vastaukset syötin Excel- ohjelman taulukkoon ja tämän jälkeen tarkistin vielä uudelleen, että

jokainen muuttuja oli syötetty oikein. Vastaamatta jätetyt kohdat jätin tyhjiksi ilman muuttujien arvoa. Tiedot käsittelin laskentaohjelman avulla. Kvalitatiivissa aineistossa luin kyselyjen vastaukset huolellisesti läpi ja analysoin vastaukset sekä toin ne esiin tutkimustuloksissa.

Tutkimusaineiston analysoinnin aloitin, kun aineisto oli kerätty ja järjestetty. Aineistoa voidaan analysoida monin tavoin. Pääperiaate on kuitenkin valita sellainen analysointitapa, joka tuo parhaiten vastauksen ongelmaan tai tutkimustehtävään. Tulosten analysoinnin jälkeen tuloksia tulee selittää ja tulkita. (Hirsjärvi ym. 2007, 219.)

Laadullisen tutkimuksen kohteena on ihmisen toiminta eri ilmenemismuodoissaan, ja siten se eroaa muusta luonnon ja elottomien kohteiden tutkimuksesta. Ihminen on tietoinen olento. Ihminen ohjaa tietoisesti omaa toimintaansa ja on kykenevä antamaan toiminnalleen erilaisia merkityksiä. Näin ihmisen toimintaa ei voida suorastaan numeerisesti mitata, vaan tutkijan tehtävä on pyrkiä ymmärtämään ja tulkitsemaan toimintaa ja tilannetta, jossa toiminta tapahtuu. Laadullisella tutkimuksella ei ole täysin omaa paradigmaa eikä metodologiaa, vaan ne luodaan tutkittavaa kohdetta perustellusti lähestymällä (Metsämuuronen 2000a, 9). Tässä opinnäytetyössä kvalitatiivisen tutkimuksen piirteitä olivat tiedottaminen henkilökunnalle tutkimuksen kulusta, motivointi tutkimukseen (tutkimuksen hyöty) ja koulutuksen järjestäminen hiljaisesta raportoinnista.

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Tutkimustulosten taustatiedot

Kaikkiin neljään kyselyyn tuli vastauksia. Ajankäytön mittaukseen, joka toteutettiin 1-7.2.2010 tuli vastauksia jokaisesta työvuorosta ja vastauksia tuli molemmilta ammattiryhmiltä eli sairaanhoitajilta ja perushoitajilta. Toiseen ajankäytön kyselyyn, 12-18.4.2010 vastauksia tuli myös molemmilta ammattiryhmiltä, aamu- ja iltavuoroista. Yövuorosta ei tullut vastauksia kummastakaan ammattiryhmästä. Kirjaamisen laadun ja muutoksen arviointi kyselyssä vastaajan työvuoroa ja ammattinimikettä ei eritelty.

Vastanneiden vastausten jakautuminen 1. ja 2. kyselyissä on esitelty kuviossa 1. Työajan jakautuminen eri työtehtäviin 1. kyselyssä esitelty kuviossa 3, sekä työajan jakautuminen 2. kyselyn osalta esitelty kuviossa 4. Ajankäytön 1. kyselyssä seurantalomakkeita palautettiin 76 kappaletta. Hoitajien työvuoroja osastolla kyselyn toteutusajankohtana oli 98 kappaletta, joten vastausosuudeksi tuli 78 %. Sairaanhoitajien vastausprosentti oli 75 ja perushoitajien 76. (Kuvio 2.)



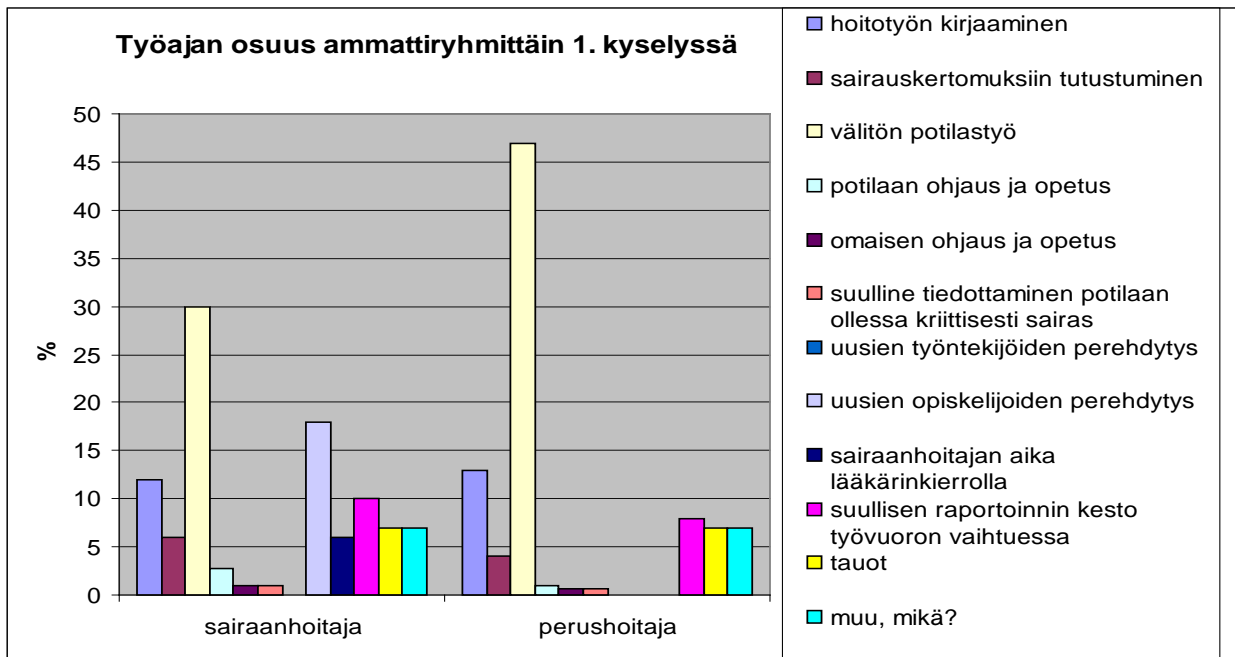
Kuvio 2: Työajanseurantakyselyihin vastanneiden jakautuminen ammattiryhmittäin (%) (n= 91)

Kysely kirjaamisen laadusta toteutettiin 8-21.2.2010. Kysely oli tarkoitus tehdä vain 8-14.2, mutta vastauksia oli tullut vain 3 kappaletta, joten hoitajat saivat

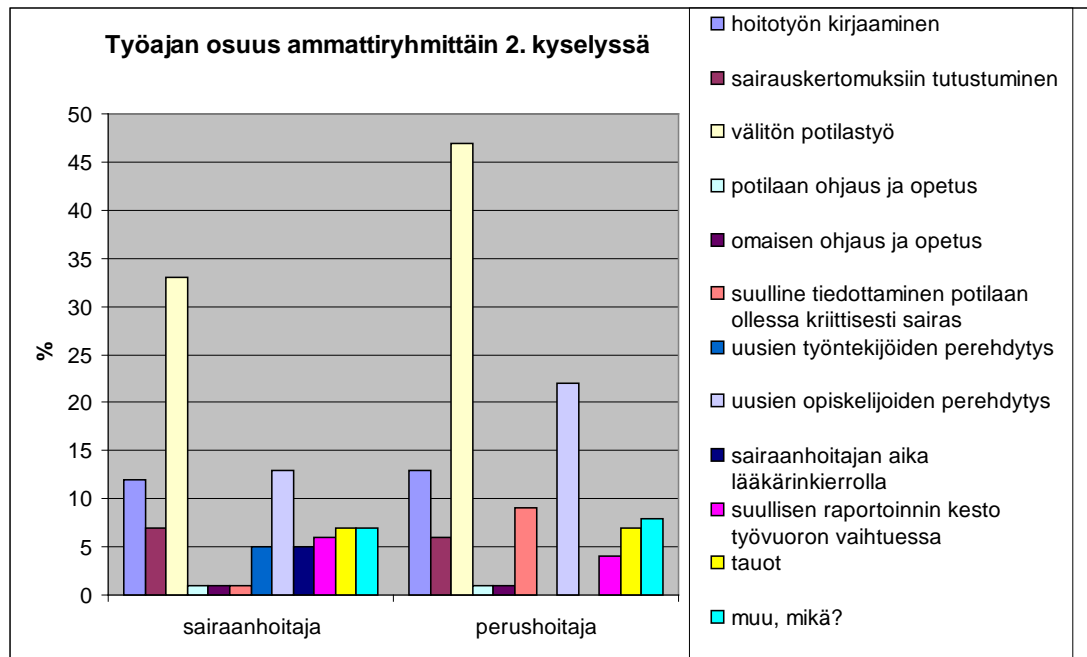
mahdollisuuden vastata kyselyyn vielä seuraavallakin viikolla 15- 21.2.2010. Hoitajien vakansseja kyseisenä ajankohtana oli 26 kappaletta ja vastauksia tuli 8 kappaletta, eli vastausosuus oli 31 %.

Ajankäytön 2. kyselyyn tuli vastauksia 15 kappaletta. Kysely toteutettiin osalle osaston työntekijöille, koska osastolla oli raportointikäytäntö muuttunut potilashuoneiden yksi - kahdeksan osalta ja huoneitten yhdeksän - kuusitoista raportointikäytäntö oli pysynyt ennallaan. Hoitajien työvuoroja oli kyselyn toteutusajankohtana 64 kappaletta, joten vastausosuudeksi tuli 23 %. Sairaanhoitajien vastausprosentti oli 16 ja perushoitajien 35. (Kuvio 2.)

Raportointi käytännön muutoksen onnistumisesta 20-26.4.2010 tehdyssä kyselyssä (liite 3), vain neljä vastausta palautettiin. Kyselyn ajankohtana hoitajien vakansseja oli 23 kappaletta eli vastausosuus 17 %. Vastaajista lyhin työkokemus oli alle 2 – vuotta, pisin yli 10 – vuotta ja kaksi vastaajaa ilmoitti työkokemuksekseen 7-10 – vuotta. (n= 4)



Kuvio 3. Ajankäyttö eri työtehtävissä 1. kyselyssä



Kuvio 4. Ajankäyttö eri työtehtävissä 2. kyselyssä

Kaikki kyselylomakkeet palautuivat nimettömänä. Tutkimuksen alussa ensimmäisen kyselyn mukana oli saatekirje, jossa ilmeni opinnäytetyön tarkoitus ja tekijä. Saatekirjeessä korostin tutkimukseen osallistumisen tärkeyttä sekä myös vapaaehtoisuutta. Korostin myös, että vastaajien antamat tiedot ovat luottamuksellisia ja vain tutkijan käytössä.

7.2 Raportointikäytännön muutos hoitajien työajan käytössä

Suullisella raportoinnilla kyselylomakkeessa tarkoitettiin tiedotustilaisuutta, jossa päättävän työvuoron hoitaja kertoo päättäneen vuoron tapahtumista ja potilaiden voinnista seuraavan työvuoron hoitajille. Kyselylomakkeessa raportointiin on sisällytetty itse raportointi, mutta myös raportoinnin keskeytykset, joita ovat muun muassa puhelut ja kyselyt potilaista. Tarkoituksena on ollut kartoittaa koko se työaika, joka menee raportointi tilaisuuteen.

Raportointiin käytettiin ensimmäisen kyselyn aikana yhteensä 3375 minuuttia työaika, mikä tarkoittaa 44 minuuttia työvuoroa kohden. Ajankäytön toiseen kyselyyn raportointiin käytettiin 285 minuuttia työaika, mikä on 19 minuuttia työvuoroa kohden. Raportointiin kului aikaa keskimäärin 25 minuuttia vähemmän toisessa ajankäytön mittauksessa. (Kuvio 3.)

Ensimmäisessä ajankäytön mittauksessa aamuvuoron sairaanhoitajat käyttivät raportointiin aikaa 1085 minuuttia, eli 37 minuuttia työvuoroa kohden. Kaikki kyseisen ajanjakson aamuvuoron sairaanhoitajat eivät olleet käyttäneet lainkaan aikaa raportointiin. Kyselyssä aamuvuoron perushoitajat käyttivät raportointiin aikaa 320 minuuttia, joka on 21 minuuttia työvuoroa kohden. Iltavuorossa sairaanhoitajien ajankäyttö raportointiin oli 760 minuuttia eli 76 minuuttia työvuoroa kohden. Iltavuoron perushoitajat olivat käyttäneet raportointiin aikaa 585 minuuttia, joka on 49 minuuttia työvuoroa kohden. Yövuorossa sairaanhoitajat sekä perushoitajat ilmoittivat raportointiin kuluneen 370 minuuttia, eli 74 minuuttia työvuoroa kohden. (Kuvio 3.)

Toisessa ajankäytön mittauksessa aamuvuoron sairaanhoitajat käyttivät raportointiin aikaa 55 minuuttia, mikä on 18 minuuttia työvuoroa kohden. Yksi sairaanhoitaja ei ollut käyttänyt lainkaan aikaa raportointiin. Perushoitajat käyttivät aamuvuorossa raportointiin aikaa 70 minuuttia, mikä on 23 minuutti työvuoroa kohden. Iltavuorossa sairaanhoitajat käyttivät raportointiin aikaa 90 minuuttia, mikä on 30 minuuttia työvuoroa kohden. Iltavuorossa perushoitajien raportointiin kulunut aika oli 70 minuuttia, mikä on 14 minuuttia työvuoroa kohden. (Kuvio 4.)

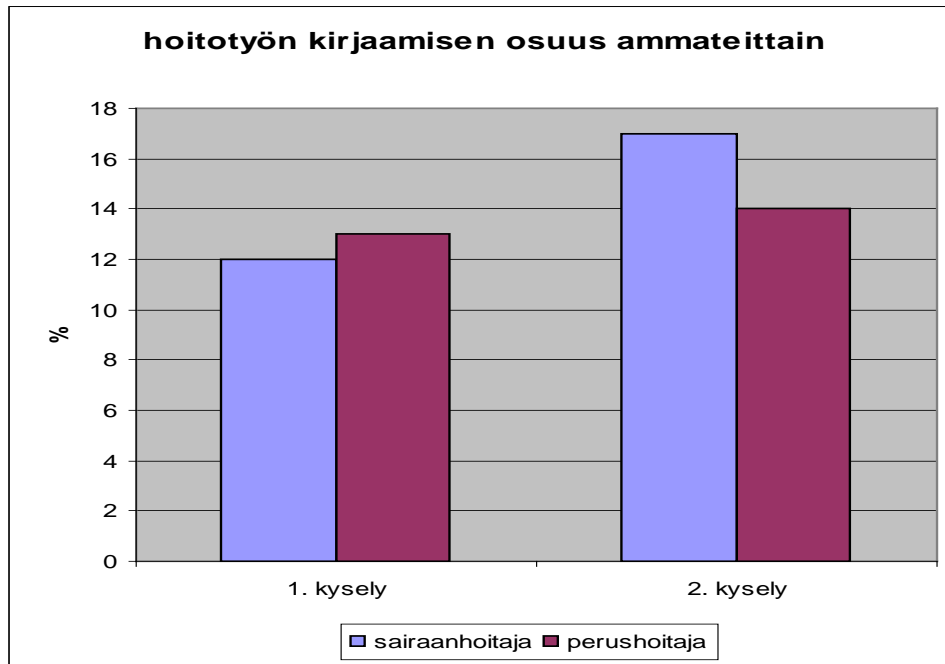
7.3 Muutokset kirjaamiseen käytetyssä ajassa

Hoitotyön kirjaamiseen käytettiin helmikuun 2010 kyselyssä yhteensä 4895 minuuttia ja huhtikuun kyselyssä 1070 minuuttia. Työvuoroa kohden laskettuna hoitotyön kirjaamiseen käytettiin helmikuussa 2010 keskimäärin 64 minuuttia ja huhtikuussa 2010 keskimäärin 71 minuuttia. Sairaanhoitajat käyttivät helmikuun tutkimusajankohtana kirjaamiseen aikaa 64 minuuttia ja perushoitajat 65 minuuttia työvuoroa kohden. Huhtikuun tutkimusajankohtana sairaanhoitajat käyttivät kirjaamiseen aikaa keskimäärin 68 minuuttia ja perushoitajat 74 minuuttia työvuoroa kohden.

Käytetystä työajasta helmikuussa 2010 kirjaamiseen osuus oli 13 %, josta sairaanhoitajien osuus oli 12 % ja perushoitajien osuus 13 %. Huhtikuun tutkimusajankohtana kirjaamisen osuus oli 15 %, josta sairaanhoitajien osuus oli 17 % ja perushoitajien 14 %. Kuviossa 5 on esitelty työajan jakautuminen kirjaamisessa ammattiryhmittäin.

Hajonta kirjaamisen määrässä oli helmikuun tutkimusajankohtana suuri. Kaksi vastaajaa ei ollut käyttänyt kirjaamiseen lainkaan aikaa ja enimmillään aikaa oli mennyt 120 minuuttia. Huhtikuun tutkimusajankohtana hajonta ei ollut yhtä suuri kuin helmikuun tutkimus ajankohtana. Huhtikuussa jokainen hoitaja käytti aikaa

kirjaamiseen. Vähimmillään aikaa oli mennyt 25 minuuttia ja enimmillään 145 minuuttia työvuoroa kohden.



KUVIO 5. Hoitotyön kirjaamisen osuus ammateittain

7.4 Muutokset muuhun työhön käytetyssä ajassa

Helmikuun tutkimusajankohtana sairauskertomuksiin tutustumiseen oli mennyt sairaanhoitajilta 6 % ja perushoitajilta 5 % työajasta, kun vastaavat luku huhtikuun kyselyssä oli sairaanhoitajien sekä perushoitajien 6 %. Sairaanhoitajat, sekä perushoitajat olivat kirjanneet myös muuhun mennyttä työaika, jota ei oltu eritelty kyselylomakkeessa. Helmikuussa sairaanhoitajalta sekä perushoitajalta oli mennyt aikaa muuhun työhön 7 %. Näihin työtehtäviin sairaanhoitajat olivat luetelleet muun muassa lääkkeitten valmistusta, puhelusta, opiskelija-arviointia. Perushoitajien työaika oli mennyt puheluihin, potilaiden huonesiirtoihin, ruokatilauksiin ja vaatehuoltoon. Tulosten mukaan potilaan ja omaisen ohjaukseen ja opetukseen käyttämä aika ei juuri

kaan muuttunut. Uusien opiskelijoiden ja työntekijöiden perehdytyksessä sairaanhoitajat käyttivät ennen hiljaisen raportoinnin pilotointia enemmän aikaa opiskelijoiden ja uusien työntekijöiden ohjaukseen. Muuhun hoitotyöhön käytetty aika esitelty taulukossa 1.

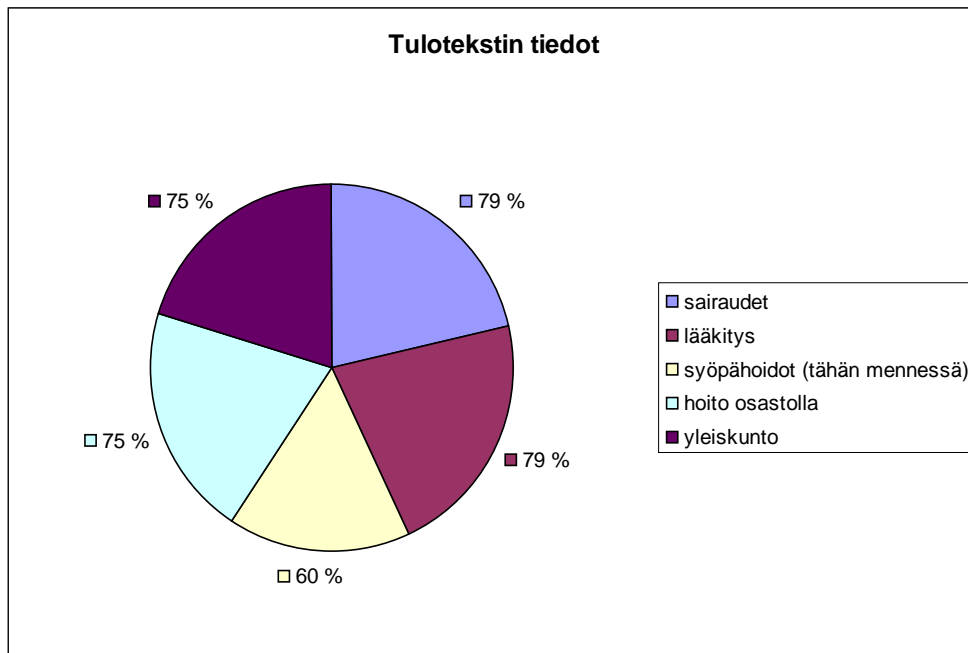
TAULUKKO 1. Sairaanhoidajien ja perushoitajien ajankäytön osuus eri työtehtävissä %

TOIMINTO	Sairaanhoidaja/ Helmikuu	Perushoitaja/ Helmikuu	Sairaanhoidaja/ Helmikuu	Perushoitaja/ Huhtikuu
Hoitotyön kirjaamiseen käytetty aika	12	13	17	14
Sairauskertomuksiin tutustuminen	6	5	6	6
Välitön potilastyö	23	46	30	45
Potilaan ohjaus ja opetus	2	1	1	0,7
Suullinen tiedottaminen potilaan ollessa kriittisesti sairas/ moniongelmainen	0,8	0,7	1	0,7
Uusien työntekijöiden perehdytys/ ohjaus	3	-	-	-
Uusien opiskelijoiden perehdytys/ ohjaus	18	9	0,1	22
Sairaanhoidajan aika lääkärinkierrolla	9	-	-	-
Tauot	7	7	4	6
Määrittelemätön työ	19,2	18,3	40,9	5,6

7.5 Potilaskertomuksen kirjaamisen laatu

Kirjaamisen laatua koskevassa kyselyssä oli tarkoitus selvittää työyksikön sen hetkistä hoitotyön kirjaamisen laatua. Laadukkaalla hoitotyön kirjaamisella voidaan turvata potilaan hoidon jatkuvuus. Hoitotyön kirjaaminen turvaa hoitoa koskevan tiedonsaannin sekä hoidon toteutuksen ja seurannan.

Lääkärin sanelemassa tulotekstissä hoitajat arvioivat tekstin riittävyttä ja monipuolisuutta hoidettaessa potilasta laadukkaasti. Näitä asioita ovat muun muassa potilaan sairaudet, lääkitys, saadut syöpähoidot, osastolla olon tarve ja yleiskunto. Kuviossa 6 on esitelty osa-alueet, jotka tulotekstissä täytyisi olla ja prosenttiosuudet siitä, löytyikö potilaiden kohdalla kyseiset asiat.

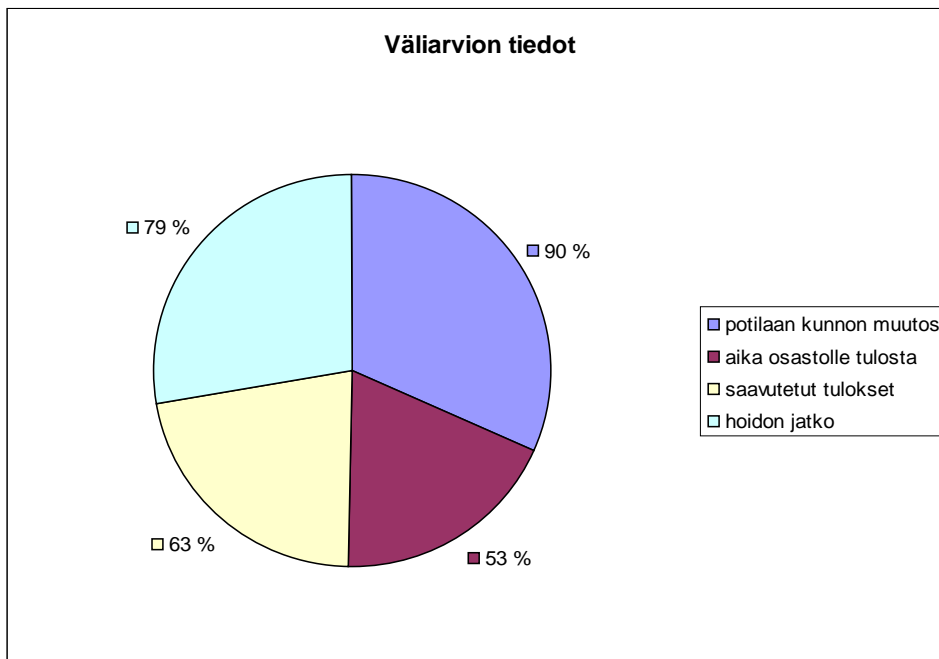


Kuvio 6: Tulotekstin tietojen osuudet

Hoitajat arvioivat myös tulotekstin riittävyttä ja sitä puuttuiko jotain oleellista tulotekstistä. 15 potilaan kohdalla hoitajat olivat arvioineet tulotekstin olevan riittävä. Kahdella potilaalla puuttui tuloteksti kokonaan. Lääkitys puuttui kolmen potilaan kohdalla, sekä sairaudet, jotka puuttuivat kahden potilaan osalta. Potilaan hoitoa koskevat ohjeet puuttuivat kahdelta potilaalta, sekä potilaan yleiskunto puuttui

kahden potilaan kohdalta. Yleiskunnolla tarkoitetaan tutkimuksessa potilaan senhetkistä psyykkistä, fyysistä, sosiaalista ja henkistä jaksamista.

Osa osaston potilaista on hoidossa useita päiviä, jolloin lääkäri sanelee väliarviointia, jossa käy ilmi potilaan voinnin muutokset, hoidossa saavutetut hyödyt ja hoidon jatkuvuus. Hoitajat arvioivat kyselyssä, kuinka väliarviointia oli kirjoitettu ja löytyikö sieltä oleelliset asiat, jotka vaikuttivat potilaan hoitoon. Kuviossa 7 on esitelty jakauma, kuinka potilaiden välttämättömät tiedot löytyivät väliarviosta.



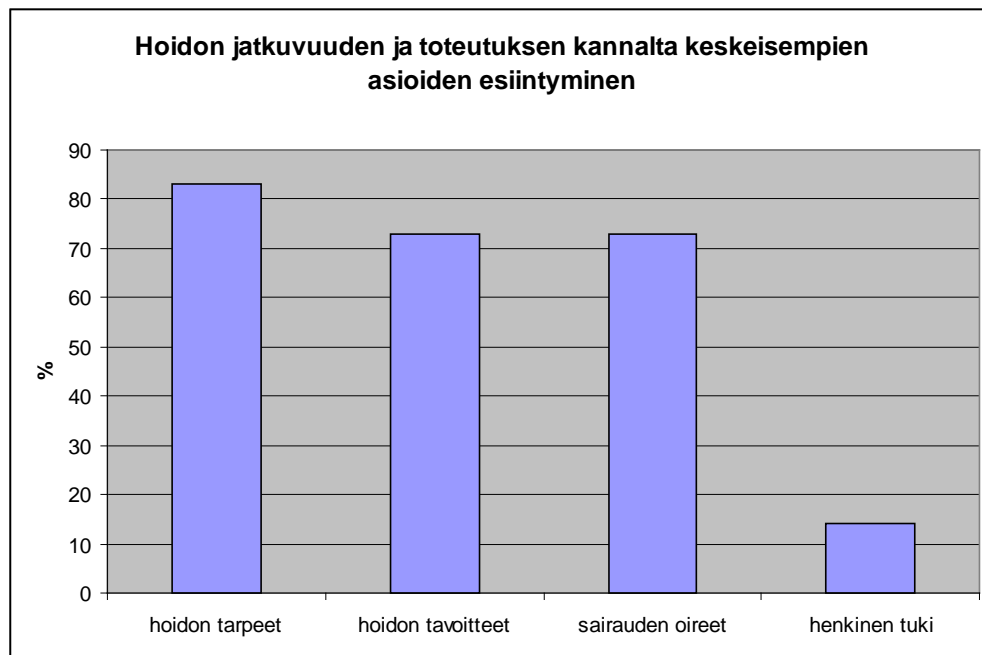
Kuvio 7: Potilaiden väliarvion tietojen osuudet

Potilaan esitiedot ovat tärkeitä hoitajan kirjaamia, hoitoa ohjaavia komponentteja, joiden avulla taataan, että potilas saa yksilöllistä ja potilaan tarpeisiin perustuvaa hoitoa. Esitietojen osuus korostuu silloin, jos potilas ei sairautensa vuoksi itse pysty kertomaan kuinka hän haluaisi häntä hoidettavan. Potilaan hoitokertomuksesta tulisi löytyä pysyvät esitiedot, sekä hoitokertomuksen esitiedot. Pysyvät esitiedot olivat 54 %:lla potilaista kirjattu, sekä hoitokertomuksen esitiedot olivat 38 %:lla potilaista kirjattuna. Pysyvät esitiedot eivät olleet riittäviä 46 %:lla potilaista. Hoitokertomuksen esitiedot olivat puutteellisia 31 %:lla potilaista. Asiat, joita esitiedoista puuttui, olivat muun muassa: sairaudet, allergiat, lääkitys sekä omaisten yhteystiedot.

Hoitajat arvioivat potilaan päivittäisen kirjauksen riittävyyttä. Tavoitteena oli selvittää, onko kirjauksissa esillä hoidon jatkuvuuden ja toteutuksen kannalta keskeisimmät asiat, jotka ohjaavat potilaan hoitoa. Kysymyksissä selvitettiin löytyykö tiedot potilaan

tarpeista, tavoitteista, sairauden oireista ja tarpeitten pohjalta esille tulleet sairauden oireet hoidon toteutuksessa. Lisäksi kysyttiin henkisen tuen huomioimista potilailta, joilla siihen on tarvetta.

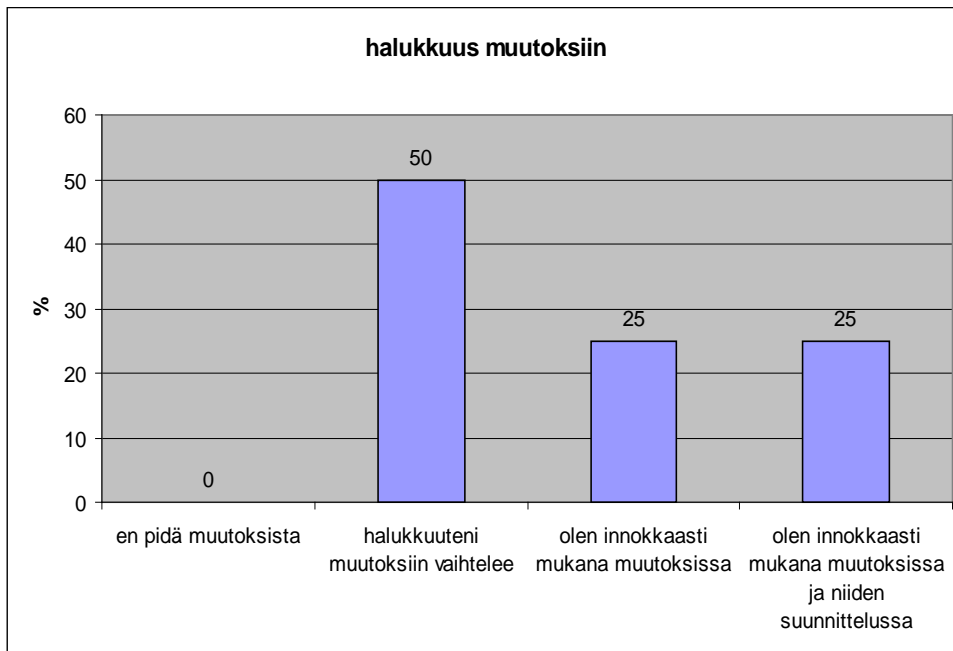
Hoidon tarpeet löytyivät 85 % potilaista, hoidon tavoitteet 69 % potilaista. Sairauden oireet tulivat esille 73 % potilaista. Henkinen tuki oli huomioitu päivittäisessä hoitokertomuksissa 14 % potilaista. (Kuvio 8.) Tämän kyselyn aikana kaksi hoitajaa kertoi tutkijalle, että heillä oli huoli potilasturvallisuuden säilymisestä. Hoitajilla kokivat, että oleellista tietoa saattaa kadota ilman suullista hoitotyön raporttia.



Kuvio 8: Keskeisempien potilaan asioiden esiintyminen päivittäisessä kirjaamisessa.

7.6 Muutoksen onnistuminen

Kaksi vastaajaa arvioi, että ovat muutoksista vaihtelevasti kiinnostuneita. Yksi vastaaja arvioi olevansa innokkaasti mukana muutosten suunnittelussa ja yksi vastaaja arvioi olevansa innokkaasti mukana muutoksissa sekä niiden suunnittelussa. (Kuvio 9).



Kuvio 9. Halukkuus muutoksiin

Kaksi vastaajista arvioi, että tutkijalta sai tukea vain pyydettyäessä. Kaksi vastaajista ei osannut sanoa kantaansa ja kukaan ei ollut sitä mieltä, että olisi saanut riittävästi tietoa ja tukea ilman pyytämistäkin.

Kaksi vastaajista arvioi, ettei muutoksesta tiedotettu tarpeeksi ja kaksi vastaajaa arvioi, että muutoksesta tiedotettiin tarpeeksi hyvin. Ilmapiirin osastolla muutoksen aikana arvioi kielteiseksi neljä vastaajaa ja kaksi vastanneista oli arvioinut lisäksi tunnelman jännittyneeksi ja avoimeksi. Vastaajista kolme arvioi muutoksen tavoitteen selkeäksi ja yksi arvioi ettei tavoitetta muutoksella ollut.

Kysymykseen tutkijan heikkouksista/vahvuuksista muutoksen läpiviennin aikana yksi hoitaja oli vastannut. Kysymykseen oli pyydetty vastausta erilliselle paperille tekstinkäsittelyohjelmalla, mutta tähän kysymykseen oli vastattu omalla käsialalla. Vastauksessa arvioitiin tutkijaa ja muutosta seuraavasti: Vastaajan mielestä etukäteissuunnittelu jäi vajavaiseksi sekä tutkija ei ollut paneutunut hiljaisen raportoinnin soveltuvuuteen kyseiselle osastolle. Lisäksi hiljaisen raportoinnin pilotointi aika oli epäselvä ja kyselylomakkeet

olivat vajavaisia. Vastauksessa arvioitiin tutkijan/henkilökunnan kirjaamisen laatua ja hiljaisen raportoinnin pilotoinnin ajankohtaa ja henkilökunnan niukkaa mitoitusta.

8 POHDINTA

8.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää raportoinnin ja kirjaamisen kokemuksia ja mahdollisuutta siirtyä suullisesta raportointimallista hiljaiseen raportointiin. Tavoitteena oli saada osastolle hiljainen raportointimalli, joka auttaisi potilasta saamaan yksilöllisempää ja taloudellisempaa hoitoa työaikaa priorisoimalla. Tutkimuksessa selvitettiin myös muutosjohtamista, koska muutos on haaste myös esimiehelle ja vaatii tietoa ja osaamista muutoksen läpiviennistä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli myös saada vastaukset seuraaviin kysymyksiin:

1. Voiko osastomme potilaita hoitaa kirjallisen raportoinnin perusteella?
2. Miten raportointitavan muutos on vaikuttanut hoitajien ajan käyttöön eri työtehtävissä?
3. Miten kirjaaminen on muuttunut kirjallisen raportointitavan myötä?
4. Mitä muutosjohtaminen on ja mikä on esimiehen rooli muutoksen aikana?

Tulokset osoittivat, että hoitajien kirjaamiseen käyttämä aika lisääntyi. Suullinen raportointi oli vähentynyt, muttei ollut poistunut kokonaan. Sairaanhoidajilla aikaa oli tullut enemmän välittömään hoitotyöhön, kun taas perushoitajien ajankäyttö välittömässä hoitotyössä ei ollut juurikaan muuttunut. Raporttia antavan hoitajan aika vapautui potilastyöhön ja samaan vuoroon tulleiden hoitajien ei tarvinnut olla lukemassa raporttia yhtäkä. Samansuuntaisia tuloksia olivat Puumalainen ym. (2003, 1.) saaneet ajankäytön muutoksista.

Tuloksissa potilaan ja omaisen ohjaukseen ja opetukseen käyttämä aika ei juurikaan muuttunut. Uusien opiskelijoiden ja työntekijöiden perehdytyksessä sairaanhoitajat käyttivät ennen hiljaisen raportoinnin pilotointia enemmän aikaa opiskelijoiden ja uusien työntekijöiden ohjaukseen. Tämä selittyneen osaksi sillä, että silloin oli osastolla opiskelijoita, joita ei sitten 2. ajankäytön mittauksessa ollut. Perushoitajat käyttivät 2. ajankäytön mittaamisen aikaan opiskelijoiden perehdytykseen huomattavasti enemmän aikaa kuin 1. ajankäytön kyselyssä. Osastolla oli opiskelijoita perushoitajilla huhtikuun aikana. Suullinen tiedottaminen potilaan ollessa kriittisesti sairas ei ajankäytössä tapahtunut muutosta.

Kirjaamisen laatua hoitajat arvioivat lääkärin saneleman tulotekstin, väliarvion, potilaan esitetietojen ja päivittäisen kirjaamisen kautta. Hoitajat arvioivat jokaisen osan alueen osittain puutteelliseksi, jotta hiljainen raportointi olisi mahdollista turvaten potilasta koskevan tiedonsaannin.

Hiljaiseen raportointiin ja sähköiseen kirjaamiseen siirtyminen kohtasi muutosvastarintaa. Hiljaista raportointia ei harjoiteltu ensin, vaan siirryttiin siihen ”vasta pakon edessä”. Hoitajat kokivat, että tutkijalta ei saanut tukea tutkimuksen aikana ilman pyytämistä. Hoitajien mielipiteet jakoutuivat tutkimuksen tiedottamisesta. Kaksi arvioi, ettei tutkimuksesta tiedotettu ja kaksi arvioi, että tutkimuksesta tiedotettiin tarpeeksi. Tutkimuksessa tuli myös esille, että kirjaamisjärjestelmän käyttöönotto ja hiljaiseen raportointiin siirtyminen, ajankohta oli huono. Osastolla oli juuri aloitettu rakenteellinen kirjaaminen ja henkilöstötilanne oli huono. Kirjaaminen koettiin myös vajavaiseksi. Hiljainen raportointi ei vakiintunut käytänteeksi. Hoitajat kokivat, että hiljaista raportointia voidaan kehittää ja hiljainen raportointi olisi käyttökelpoinen, jos kirjaamisen laatu olisi parempi.

Tutkimuksen edetessä hoitajat toivat esille, että heillä oli huoli potilasturvallisuuden säilymisestä. Hoitajilla kokivat, että oleellista tietoa saattaa kadota. Tutkimuksen aikana kävi myös ilmi, että lääkärin kirjaamat määräykset saattavat jäädä huomioimatta, koska lääkäri tekee määräyksiä pitkin työpäivää ja hoitajalla ei ole mahdollisuus olla koko ajan katsomassa potilaan määräyksiä. Hoitajien mielipide oli, että paraskaan tietojärjestelmä ei korvaa inhimillistä vuorovaikutusta.

Suullinen raportointi liittyi vahvasti organisaatiokulttuuriin. Hiljaisen raportoinnin pilotoinnin aikana hoitajat kaipasivat, että joku heille sen raportin kertoo ja lukee hoitokertomuksesta ja itse saa vain laittaa niitä asioita ylös. Suullisesta raportista luopuminen tuntui vaikealta, ja tätä tunnetta varmaankin lisäsi epävarmuus tiedonsiirtymisestä hiljaisesti. Hoitajat pitivät käytäntönä, että jos potilaiden voinnissa on tapahtunut jotain radikaalia, siitä on seuraavalle vuorolle tiedotettava suullisesti.

Hiljaiseen raportointimalliin siirtyminen ei onnistu kuitenkaan sormia napsauttamalla. Uutta hoitomallia rakennettaessa on perinteiselle kuvailevalle potilaskertomukselle luotava lyhyt ytimekäs esitysmuoto, siis uusi yhteinen kirjaamiskieli hoitotyölle ja oireille.

Uskon, että hiljaista raportointia voidaan kehittää ja tukea kirjaamista parantamalla ja kun osaston työntekijöille on rakenteellinen kirjaaminen tuttua. Mielestäni hoitokertomuksen tekeminen on potilaan kokonaisvaltaisen hoidon kannalta erittäin

tärkeää. Hoitokertomuksen tärkeys, ja sen tehokkaampi hyödyntäminen edesauttaisi hiljaiseen raportointiin siirtymisessä.

Muutos prosessin onnistuminen edellytti syöpäosaston toiminnan kriittistä tarkastelua ja entisen toiminnan kyseenalaistamista sekä oppimiskokemuksiin pyrkimistä. Tutkijana kokemattomuuteni oli haasteena projektin toteuttamiselle. Tutkijana sain tukea esimieheltäni. Projektin läpivieminen ja tavoitteen saavuttaminen edellytti minun tutkijan sekä hoitohenkilökunnan välistä avointa kommunikaatiota ja luottamuksellisuutta. Koen, että luottamusta ei syntynyt minun ja osaston henkilökunnan välille, ja tunnen, etten saanut henkilökunnalta tukea muutoksen johtamiseen. Hiljaisen raportoinnin toimintamallin tiedottamisella mahdollistin projektin edellyttämän muutoksen ymmärtämistä sen toteuttamisen ja tarpeellisuuden kannalta. Tarpeellisuutta perustelin kirjallisuuskatsauksesta saatujen tulosten mukaan muun muassa ajankäytön lisääntymisellä välittömään potilastyöhön.

Tutkijan rooliin liittyi haastetta. Kuuluin tutkijana osaston hoitohenkilökuntaan. Siitä oli hyötyä, koska osaston toiminta ja tarpeet olivat minulle selkeitä. Lisäksi osaston henkilökunnan tunteminen helpotti muutosjohtamista. Haasteellista oli tarkastella osaston toimintaa ulkopuolisen silmin. Kyselyjen toteuttamisaikataulu oli keväällä 2010, jolloin ensimmäisiin kyselyihin (helmikuu 2010) tuli vastauksia hyvin, mutta huhtikuussa 2010 jäin opintovapaalle ja kyselyihin vastaamiset vähenivät. Haasteellista oli muutosjohtajan roolin ottaminen, kun ottaa huomioon tutkijan kokemattomuuden projektin toteuttamisessa ja kuulumisen osaston hoitohenkilökuntaan. Tämän tunsin kuitenkin toteutuvan luontevasti projektin toteutusvaiheiden myötä.

Projektin tavoitteet määrittelin selkeästi ja esittelin ne projektiin osallistuvalla henkilökunnalle. Hoitohenkilökunnan motivoiminen muutokseen oli projektin onnistumisen kannalta tärkeää ja siksi tutkijana perehdyin muutosjohtajuutta käsittelevään kirjallisuuteen. Lisäksi henkilökuntaa motivoitiin hiljaisen raportointimallin käyttöönottoon liittyvissä koulutuksissa. Tutkijana hyödynsin osaston henkilökunnan tuntemusta, pystyin muun muassa hoitotyön kirjaamisessa apua antamaan, jos tiesin sen olevan hankalaa jollekin. Yritin myös motivoida keskustellen niiden henkilöiden kanssa enemmän, joiden tiesin olevan muutosta vastaan periaatteesta. Motivointikeinoina käytin tiedottamista projektin vaiheista, henkilökohtaisen ja potilaille koituvan hyödyn tuomista esille.

Tässä opinnäytetyössä tutkijan rooli rakentui kohdeorganisaation sisälle, eli tutkija kuului osaston henkilökuntaan. Hoitotyön raportointi kuului tutkijan työhön, joten lähtökohdat toimintatutkimukseen olivat tuttuja myös käytännön kautta. Tutkimuksen alkuvaiheessa eli nykytilan kartoituksessa tutkijan rooli oli tässä tutkimuksessa toimintaa havainnoivan tutkijan rooli. Ongelmatilanteen analyysin suoritti tutkija. Hoitotyön raportointimallin pilotoinnin mahdollistajana oli tutkija. Hän oli järjestänyt käytännön asiat, esimerkiksi tietokoneiden riittävyyden ja muut fyysiset tilat, jotka raportointitilaisuudessa täytyi olla. Pilotointia jatkettiin siihen saakka, kunnes tutkija jäi opintovapaalle.

Hiljaisesta raportoinnista pidettiin koulutusta ja erään osaston hoitaja kävi puhumassa hiljaisen raportoinnin käytännöstä heidän osastollaan ennen toimintamallin käyttöönottoa. Näin hoitohenkilökunta saatiin valtuutettua uuden raportointimallin mukaiseen toimintaan.

Tästä tutkimuksesta ja sen tuloksista nousee esille monia jatkotutkimusaiheita. Mielenkiintoista olisi tutkia, miten hiljainen raportointi soveltuu käytettäväksi erilaisilla osastoilla erikoissairaanhoidossa. Tärkeää olisi myös tulevaisuudessa tutkia, miten hiljainen raportointi, sähköinen ja rakenteellinen kirjaaminen on kehittynyt Kuopion yliopistollisen sairaalan syöpätautien vuodeosastolla, sekä eri ammattiryhmien välisistä kokemuksista hiljaisesta raportointimallista.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Haasteina opinnäytetyössä voi olla muutosvastarintaa, vaikkakin toimintatutkimus voi olla myös hyvä keino sen torjumiseen, koska siinä työyhteisön jäsenet itse saavat olla toiminnan kehittämisessä. Toimintatutkimuksessa ongelmana voi olla muun muassa osallistuvien motivointi ja tutkimukseen sitouttaminen. Hoitotyössä ajan ja voimavarojen suunnittelu voi olla hankalaa, joten aikataulun tarkka eteneminen voi olla hankalaa. Eettisyys tulee myös huomioida toimintatutkimuksessa. Tutkimukseen osallistuminen oli osaston henkilökunnalle vapaaehtoista, mutta tutkimus kuitenkin sitoutti kaikki osastollamme. Tutkimus oli myös melko pitkä, eli osallistuvien keskuudessa esiintyi tutkimuksen kuluessa haluttomuuttakin. Työyhteisössämme vaihtui kaksi hoitajaa tutkimuksen aikana, eli haasteena oli myös kuinka kesken tutkimuksen töihin tulevat osallistuvat tutkimuksen kulkuun. Tutkimuksessani uusilla hoitajilla oli mahdollisuus osallistua tutkimukseen tulovaiheesta alkaen. Toimintatutkimuksessa haasteena on myös aikaansaadun muutoksen pysyvyys.

Tällä hetkellä osastollamme on palattu perinteiseen, suulliseen raportointimalliin, mutta olemme jo esimieheni kanssa keskustelleet ideoista, joilla saataisiin hiljaista raportointimallia osastomme käytänteeksi.

Tutkimuksen eettisyys tulee huomioida jo tutkimusvaiheen valinnassa. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että tutkimuksen aikana noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimus ei saa vahingoittaa fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti tutkittavaa. Tutkimuksen hyötyä ja haittaa on verrattava keskenään eli tutkimuksesta saatavan hyödyn on oltava suurempi kuin haitan. Tutkijan on vältettävä epärehellisyyttä tutkimustyön jokaisessa vaiheessa.. Tutkimusta suunniteltaessa tulee muistaa se, että tutkittavalla on oikeus tietää, mitä heille tapahtuu, jos he osallistuvat tutkimukseen. Eettisesti on myös tärkeää, että tutkija raportoi tuloksensa avoimesti ja rehellisesti.(Vehviläinen- Julkunen 1997, 27,31.)

Luotettavuuden kannalta on tärkeää saada riittävän suuri vastausprosentti. Kyselyjen palautusprosenttiin ja kyselyn onnistumiseen vaikuttavat muun muassa kohderyhmän valinta, tutkimuksen aihe, lomakkeen pituus, kysymysten määrä ja tyyppi, motivointi saatekirjeessä sekä lomakkeen ulkoasu (Valli 2001, 32). Tässä tutkimuksessa vastausprosentit vaihtelivat suuresti, ollen neljästä prosentista 78 %:iin, joten saatuja tuloksia ei voida yleistää ja tehdä yhtenäisiä päätelmiä.

Tutkimuksessa luotettavuutta parantaa tutkijan raportointi tutkimuksen toteuttamisesta kaikista vaiheista selvästi ja totuudenmukaisesti (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 232). Tutkimuksen on oltava suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 231). Opinnäytetyön eteneminen on esitetty kuviossa 1.

Tutkimuksessa käytettyihin lähteisiin on kiinnitettävä huomioitava kirjoittajan tunnettavuuteen ja arvostettavuuteen, lähteen ikään ja tiedon alkuperään, lähteen uskottavuuteen ja julkaisijan arvovaltaan ja vastuuseen sekä taloudellisuuteen ja puolueettomuuteen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 113–114.) Tutkimukseeni lähteet valitsin edelliset seikat huomioiden.

Tieteellistä tutkimustyötä on kunnioitettava ja sille on annettava sille kuuluva arvo tutkimuksia julkaistaessa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 110). Kaikista käyttämästäni lähteistä olen tehnyt asianmukaiset lähdemerkinnät, joten lähteet ovat jäljitettävissä ja hyvän käytännön mukaisesti lainatut. Tutkimuksen tuloksia ei tule

myöskään yleistää kritiikittömästi, eikä tuloksia tule keksiä eikä kaunistella (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 26).

Tutkimustulosten yksi vääristymän aiheuttaja voi olla tutkijan oma ennakoasenne. Tutkimusta tehtäessä on tärkeää tunnistaa mahdolliset ennakoasenteet ja pyrkiä irtautumaan niistä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 293). Oma kiinnostukseni ja innostukseni hiljaisen raportoinnin kehittämisestä olisi voinut yksipuolistaa tutkimustuloksia, mutta olen pyrkinyt huomioimaan käyttämässäni aineistossa kaiken ilmi tulleen.

8.3 Tutkimustulosten hyödynnettävyys

Tutkimus on tehty osana Kuopion Yliopistollisen sairaalan hoitotyön strategian 2008-2012 kehittämiskohteisiin pohjautuen, eli se palvelee hyvin käytännön työelämää Kuopion yliopistollisen sairaalan hoitotyön strategiaan pohjautuen. Tämän tutkimuksen avulla sairaala tulee saamaan tietoa hiljaisesta raportoinnista, muutoksen johtamisesta ja mahdollisuuksista /esteistä hiljaiseen raportointiin. Tutkimus tulosten avulla voidaan pyrkiä parantamaan hoitotyön kirjaamista. Vaikka tutkimustulokset eivät ole yleistettävissä, eri osastojen henkilökunta voi saada ideoita oman raportointitavan kehittämiseen.

LÄHTEET

Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Sipoo: Silverprint.

Erämetsä, T. 2003. Myönteinen muutos. Vammala: Tammi.

Hallila, L. (toim.) 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Otavan Kirjapaino oy.

Hallila, L. & Graeffe, R. 2005. Hoitotyön kirjaamista säätelevät lait, asetukset ja ohjeet. Teoksessa Hallila L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Tammi, 16 - 22.

Heikkinen, H. L.T. & Jyrkämä, J. (1999) Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa Heikkinen, H. L.T. & Huttunen, R. & Moilanen, P. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä - toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Jyväskylä: Atena Kustannus, 25 - 56.

Heikkinen, H. L. T. 2007. Toimintatutkimus – toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä:Ps-kustannus , 196 – 201.

Henkilötietolaki 523/1999. [Viitattu: 5.12.2007]. Saatavissa: www.finlex.fi

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007.13 painos. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hopia, H & Koponen L (toim.). 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Sairaanhoidtajaliitto. Jyväskylä: Gummerus.

Jauhiainen, A. 2004. Tieto- ja viestintätekniikka tulevaisuuden hoitotyössä. Asiantuntijaryhmän näkemys hoitotyön skenaarioista ja kvalifikaatioista vuonna 2010. Kuopio: yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Karvinen, S. 1996. Reflektiivinen ammatillisuus sosiaalityössä. Teoksessa Granfelt R., Jokiranta, H., Karvinen, S., Mathies, A-L& Pohola, A. (toim). 1996. Monisärmäinen sosiaalityö. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto, 17- 51.

Kilpeläinen, L. 1992. Työvuorojen vaihtuessa pidettävien suullisten tiedotustilaisuuksien tehtävät terveyskeskuksen vuodeosastolla. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja -talouden laitos. Opinnäytetutkielma

Kennedy, J. 1999. An evaluation of non-verbal handover. Professional Nurse 14 (6), 391- 394.

Kinnunen, J. & Vuori, J. 2005. Terveystalouden johtamiskulttuurin holistinen malli. Teoksessa Vuori, J. (toim.) 2005. Terveystalouden ja johtaminen: Terveystalointotiede terveystalouden työyhteisössä. Helsinki: WSOY, 192–217.

Kiviniemi, K. 1999. Toimintatutkimus yhteisöllisenä prosessina. Teoksessa Heikkinen, H.T., Huttunen, R. & Moilanen, R. (toim.) 1999. Siinä tutkija missä tekijä. Juva: WSOY. 63- 83.

Kärkkäinen O. 2007. Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen. Teoksessa Hopia H. & Koponen L. (toim.). 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 89- 96.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Saatavissa: www.finlex.fi.

Laki sosiaali- ja terveystalouden asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 179/2007. [Viitattu 5.12.2007]. Saatavissa: www.finlex.fi.

Lamond, D. 2000. The information content of the nurse change of shift report: a comparative study. Journal of Advanced Nursing 31(4), 794- 804.

Lammintakanen, J. & Kinnunen, J. 2006. Hoitotyön osaamisvaatimukset ja merkitys tulevaisuuden terveystalveluissa. Teoksessa Miettinen, M., Hopia, H., Koponen, L. & Wilskman, K. Ihmisten voimavarojen johtaminen. Hoitotyön vuosikirja 2006. Gummerus Kirjapaino Oy.

Lauri, S. & Lehti, T.1996. Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen ja arviointi. Sairaanhoitaja 73(8), 19- 22.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. 1. painos. Juva: WSOY.

Leskelä, J. 2001. Motivaatiojohtaminen –Ihmistuntemuksen ja itsetuntemuksen kehittäminen matkalla kohti oppivaa organisaatiota. Hämeen ammattikorkeakoulu. Hämeenlinna: Saarijärven Offset Oy.

Lindfors, S. 1996. Severi, seikkailu, verkostot ja rikokset. Helsinki: Edita.

McKenna, L. & Walsh, K. 1997. Changing handover practices: One private hospital's experiences. *International Journal of Nursing Practice* 3 (2), 128 - 132.

Mattila, P. 2007. Johdettu muutos. Avaimet organisaation hallittuun uudistumiseen. Keuruu: Talentum Media.

Metsämuuronen, J. (toim.). 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki: International Methelp.

Puumalainen, A., Lånfstedt K & Eriksson E 2003. Suullisesta raportoinnista kirjalliseen tiedonvälitykseen. *Tutkiva hoitotyö* 1(1), 4 - 6

Ranta, R. 2005. Kehittyvä työyhteisö. Kehittäminen ja uudistuminen ihmisenä ja organisaationa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Ruuskanen, S.2007. Hoitotyön suullisen raportoinnin kehittäminen- kehittämistyöhön osallistuneiden arviointia raportointikäytännön muutoksesta. Pro-gradu tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A-L. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Porvoo: WSOY.

Saranto, K. & Ikonen, H. 2007. Kirjaaminen hoidon laatutekijänä. Teoksessa saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A-L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen, Helsinki: WSOY, 187- 195.

Saranto, K. & Sonninen, A-L. 2007. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A.,Tantt, K. & Sonninen, A-L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY, 12 – 16.

Sherlock, C. 1995. The patient handover: a study of its form, function and efficiency. *Nursing standards* 9, 33- 36.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. Saatavissa: www.finlex.fi.

Strople B & Ottani P. 2006. Can Technology Improve Intershift Report? What the Research Reveals. *Journal Of Professional Nursing*, 22(3), 197- 204.

Sydänmaalakka, P. 2001. Älykäs organisaatio. Tiedon, osaamisen ja suorituksen johtaminen. Kauppakaari, Helsinki.

Tanttu, K. 2007. Moniammatillinen potilaskertomus ja hoidon jatkuvuus. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A-L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY, 127- 133.

Tanttu, K & Rusi, R. 2007. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaaminen ja sen hyödyt. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Sairaanhoidajaliitto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Telaranta, S. 1997. Hoitotyön hallinto. Helsinki: Kirjayhtymä.

Tiuraniemi, J. 2001. Työnohjaus. Teoksessa Kähkönen, S., Karila, I. & Holmberg, N. (toim.). Kognitiivinen psykoterapia. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus, 337 - 346.

Turtiainen, T. 2005. Hoitotyön kirjaamiseen perustuva raportointikäytäntö osastolla K10 Helsingin lasten ja nuorten sairaalassa. Teoksessa: Hallila, L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Tammi, 126 - 131.

Turunen, P. & Suokas, M. 2001. Sähköisen potilaskertomuksen käytettävyys suhteessa manuaaliseen potilaskertomukseen. Tapaustutkimus Kaarinan-Piikkiön terveyskeskuksesta. *Suomen Lääkärilehti* 56 (48), 5029 - 5032.

Vehviläinen - Julkunen, K. (1997), Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 26 - 34..

Virtanen, S. 1995. Hoitotyön kirjaaminen osana potilashoitoa. *Sairaanhoidaja* 68 (2), 12 - 14.

Wallum, R. 1995. Using care plans to replace the handover. Nursing standard 9 (32), 24 - 26.

Ajankäytön mittaaminen

**ARVIOI AJANKÄYTTÖÄSI 5 MINUUTIN TARKKUUDELLA TYÖVUOROSI AIKANA ENNEN
RAPORTOINTIKÄYTÄNNÖN MUUTOSTA/RAPORTOINTIKÄYTÄNNÖN MUUTOKSEN
JÄLKEEN**

TOIMINTO:	AIKA MINUUTEISSA:
1. HOITOTYÖN KIRJAAMINEN	
2. SAIRAUSKERTOMUKSIIN TUTUSTUMINEN	
3. VÄLITÖN POTILASTYÖ	
4. POTILAAN OHJAUS JA OPETUS	
5. OMAISEN OHJAUS JA OPETUS	
6. SUULLINEN TIEDOTTAMINEN POTILAAN OLLESSA KRIITTISESTI SAIRAS/MONIONGELMAINEN	
7. UUSIEN TYÖNTEKIJÖIDEN PEREHDYTYS	
8. UUSIEN OPISKELIJOIDEN PEREHDYTYS	
9. SAIRAAHOITAJAN AIKA LÄÄKÄRINKIERROLLA	
10. SUULLISEN RAPORTOINNIN KESTO, TYÖVUORON VAIHTUESSA	
11. MUU, MIKÄ?	

Kirjaamisen laadun kysely

Kys/syöpätautien osasto, 2651

Valitse osastolta kolme eri potilasta, joita et tunne. Tarkastele heidän kirjauksiaan (tuloteksti, päivittäinen kirjaus). Merkitse oheisiin taulukoihin +, jos tieto löytyy -, jos tietoa ei löydy ja 0, jos tieto ei koske kyseistä potilasta, sekä viimeiselle sarakkeelle, oliko tieto riittävää?

Tarkoituksena on kerätä tietoa, pystyisitkö hoitamaan potilasta kirjausten perusteella, ilman suullista hoitajan raporttia. Kirjoita kääntöpuolelle, mitä haluaisit kirjattavan lisää, jotta voisit hoitaa potilasta pelkän lukemasi perusteella, potilasturvallisuuden vaarantumatta.

Vastaukset palautetaan kahvihuoneessa olevaan kansioon nimettömänä.

TULOTEKSTI (lääkärin sanelema)

Sairaudet	Lääkitys	syöpähoidot (tähän mennessä)	Hoito osastolla	Yleiskunto
Oliko tieto riittävää? Mitä puuttui?				

VÄLIARVIO (lääkärin sanelema)

Potilaan tilan/ hoidon muutokset	Kuinka kauan aikaa osastolle tulosta?	Mitä on tapahtunut tähän mennessä/ saavutettu?	Mitä tapahtuu jatkossa?
Oliko tieto riittävää? Mitä puuttui?			

ESITIEDOT

Pysyvät esitiedot	Hoitokertomuksen esitiedot
Oliko tieto riittävää? Mitä puuttui?	

PÄIVITTÄINEN KIRJAUS

Hoidon tarve/ tavoitteet	Sairaud en oireet /phv, kivut, hengittä minen	Syöminen, juominen, lääkehoito	Peseytymi - nen, pukeutumi - nen, eritystoimi nta	Aktiviteetti, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo	Henkinen tuki, omaisten huomiointi	Oliko tieto Riittävää? Mitä puuttui?

Kysely muutoksen onnistumisesta

Kysely raportointi käytännön muutoksen onnistumisesta osastolla 2651. Palauta kanslian laatikkoon nimettömänä. Kysymys 7 vastaa esim word-tekstinkäsittelyohjelmalla, näin henkilösuoja säilyy.

Ympyröi oikea vaihtoehto.

1 Kuinka kauan olet tehnyt hoitotyötä?

1. alle kaksi vuotta
2. 3-6 vuotta
3. 7-10 vuotta
4. yli 10 vuotta

2. Mitä mieltä olet muutoksista yleensä?

1. En pidä muutoksista
2. Halukkuuteni muutoksiin vaihtelee
3. Olen innokkaasti mukana muutoksissa
4. Olen innokkaasti mukana muutoksissa ja niiden suunnittelussa

3. Saitko tutkijalta (aoh) riittävästi tietoa ja tukea muutoksen läpiviennistä ja tarkoituksesta?

1. En ollenkaan
2. Vain pyydettäessä
3. En osaa sanoa
4. Tieto oli riittävää ja tietoa/tukea tuli ilman pyytämistäkin

4. Tiedotettiin muuttoksesta tarpeeksi?

1. Ei
2. Kyllä

5. Minkälainen ilmapiiri osastolla oli muutoksen aikana?

1. Jännittynyt
2. Avoin
3. Kielteinen
4. Positiivinen

6 Oliko muutoksella mielestäsi selkeä tavoite?

1. Ei
2. Kyllä

7. Mitkä olivat tutkijan heikkoudet/vahvuudet muutoksen läpiviemisessä osastollamme?

Vastaa vapaasti omin sanoin erilliselle paperille tekstinkäsittelyohjelmalla.

www.savonia.fi

